

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 9



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria do Programa de Atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Lago do Aleixo,
Manaus/AM

Mayra Garcia Martinez

Pelotas, 2016

Mayra Garcia Martinez

Melhoria do Programa de Atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Lago do Aleixo,
Manaus/AM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Guilherme Barbosa Shimocomaqui

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M385m Martínez, Mayra Garcia

Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Lago do Aleixo, Manaus/AM / Mayra Garcia Martínez; Guilherme Barbosa Shimocomaqui, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

85 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Shimocomaqui, Guilherme Barbosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Ao meu querido neto Abraham para que sirva de exemplo para ele, porque hoje ele é minha maior joia e inspiração para seguir adiante.

A minha mãe e filhos.

Agradecimentos

A Deus, em primeiro lugar, por sua proteção em todo momento, por sua capacidade de amar e perdoar, porque quem tem a ele, tem tudo!!

À minha família que sempre espera e deseja o melhor para mim em minha vida pessoal e profissional, além da distância.

Em especial ao meu orientador Guilherme Shimocomaqui, por todo seu apoio, seu ajuda incansável, por sua cumplicidade, por ser amigo, por sua simplicidade de exemplo de amizade, carinho, por seus conhecimentos e preparação profissional, por sua imensa demonstração de amor ao próximo, sem você nada disso seria possível!!! Sempre grata, meu querido de todo coração.

A senhora Lenice de Quadros por todo apoio e orientação e a toda equipe de suporte técnico do curso, a todos os professores e colegas.

A meu gestor Dr. Venâncio Marinho e todos os colegas do posto de saúde Lago de Aleixo.

A todas as pessoas idosas, objeto de meu trabalho, que acreditaram e aceitaram a proposta da ação programática e hoje ficam grato com ela.

A todos os líderes da comunidade e todas aquelas pessoas que de uma ou outra forma colaboraram para a realização deste trabalho.

Resumo

MARTINEZ, Mayra Garcia. **Melhoria do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Lagoa do Aleixo, Manaus/AM. 2016.** 84 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

O Brasil é um país que está envelhecendo, e isso acarreta em inúmeros desafios para o Sistema Único de Saúde. Assim, com o objetivo de contribuir à melhora na qualidade de vida dos idosos de nossa comunidade, nossa equipe realizou um projeto de intervenção, com o objetivo de melhorar a cobertura e a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS Lagoa Aleixo, Manaus/AM. A intervenção foi realizada no período de 12 semanas entre. Durante a intervenção aumentamos a cobertura dos idosos, com a execução de ações específicas, melhoramos os registros e cadastros, realizamos mapeamento dos idosos, organizamos um arquivo específico e a agenda do serviço. Ademais, realizamos busca ativa e visitas domiciliares com as respectivas atividades de educação em saúde. O indicador de cobertura alcançado, após os três meses foi 85,7% (252), sendo que no primeiro mês cadastramos 131 (46,6%), no segundo mês 232 (78,9%) e no terceiro mês 252 (85,7%). Já em relação aos indicadores de qualidade, alcançamos 100% nas principais metas relacionadas com a melhoria da atenção, dos registros das informações, adesão e de promoção de saúde. Os objetivos foram alcançados com a participação ativa da equipe sua capacitação e a colaboração da comunidade, que permitiu melhorar a qualidade no atendimento a nossos idosos. A intervenção nos proporcionou uma reflexão crítica a respeito do nosso processo de trabalho, integrou os profissionais da equipe e fortaleceu o controle social.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	UBS Lago do Aleixo	12
Figura 2	Equipe de saúde	16
Figura 3	Visita domiciliar	56
Figura 4	Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS.	59
Figura 5	Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.	62
Figura 6	Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dental	65
Figura 7	Proporção de pessoas com caderneta de saúde da pessoa idosa.	67
Figura 8	Visita domiciliar 2	72
Figura 9	UBS e profissionais	74

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas.
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde.

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	26
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa	26
2.2 Objetivos e metas	28
2.2.1 Objetivo geral	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas	29
2.3 Metodologia	30
2.3.1 Detalhamento das ações	31
2.3.2 Indicadores	48
2.3.3 Logística	52
2.3.4 Cronograma.....	54
3 Relatório da Intervenção.....	55
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	55
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	57
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados.....	58
4.2 Discussão	70
5 Relatório da intervenção para gestores	73
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	75
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	77
Referências	79
Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
Anexos	80

Apresentação

Este volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em saúde da família, modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho consistiu em uma intervenção para melhorar a atenção à Saúde dos idosos na UBS Lagoa Aleixo, Manaus/AM. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais:

Na primeira parte inclui a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso na qual se inseriu um texto inicial sobre a situação da ESF\APS. Depois descrevemos a análise situacional da UBS, apresentando a estrutura da mesma, a composição das equipes, e o desenvolvimento dos diferentes programas de atenção à saúde. Também foi elaborado um comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.

A segunda parte contempla a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2, começando pela justificativa, seguido dos objetivos geral e específicos, as metas, a metodologia, o detalhamento das ações, segundo os quatro eixos programáticos do curso, os Indicadores, a logística e o cronograma.

A terceira parte apresenta o relatório da Intervenção realizada ao longo de 12 semanas na unidade 3 do curso. Nesse relatório descrevemos no primeiro texto as ações que foram previstas e não desenvolvidas, no outro os aspectos relativos à coleta de dados e finalmente a viabilidade da incorporação das ações à rotina dos serviços.

Na quarta parte encontra-se a avaliação da intervenção na qual relatamos quais foram os resultados obtidos para a comunidade, para os serviços e para o profissional da saúde. Terminando essa etapa com um relatório para a comunidade e outro para os gestores.

Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da Intervenção.

Finalizando o volume encontram-se os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha UBS se chama Lago do Aleixo, está em funcionamento há aproximadamente 40 anos e antigamente era uma igreja que fazia atendimento as pessoas com doença de Hanseníases que eram isolados e afastados de seus famílias devido alto transmissibilidade da doença, em 1978 foi cedida pelo Dr. Homero para que os médicos atendessem as pessoas com hanseníase.

A UBS fica na colônia Antônio do Aleixo, no Bairro 11 de maio em uma área periférica da zona leste de Manaus. É uma unidade pequena com boas condições estruturais e fazemos atendimento para uma população de 4.862 habitantes.

Nossa equipe oferta atendimentos na área de saúde bucal, dermatologia, ginecologia, pediatria, clínico geral e os principais serviços oferecidos são: consultas médicas, vacinas, curativos, inalação, coleta de exames laboratoriais, assistência social, assim com encaminhamento para outras especialidades.

A população da nossa área de abrangência é bastante vulnerável, vive e trabalha com atividades que envolve a pesca, é significativo o baixo nível educacional e econômico, grande parte dela residem em flutuantes e apresentam péssimas condições sanitárias.

É relevante o grande número de idosos com sequelas motoras, devido à hanseníase, assim como a alta incidência de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), seguido do Parasitismo intestinal e Hiperlipidêmias.

Nosso trabalho consiste em oferecer um serviço médico com qualidade, uma boa relação médico-paciente, considerar os protocolos do Ministério da Saúde, com

o objetivo de melhorar a saúde da população e buscar atingir melhores indicadores de saúde.

Nosso trabalho se desenvolve durante as consultas médicas e visitas domiciliares, palestras, atividades de promoção e prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento oportuno, assim como a reabilitação dos usuários, busca ativa, etc.

Fazemos curativos onde as pessoas residem, para os usuários acamados com feridas, principalmente com sequelas de hanseníase. Os usuários reconhecem e valorizam nosso trabalho e os líderes comunitários desenvolvem ações com a gente.

É possível observar que as pessoas não buscam apenas um atendimento, mas sim alguém para acolher, realizar uma escuta qualificada, uma palavra eu conforta, de um silêncio que respeite, de uma alegria que contagie, de um olhar que acaricie, entre outras necessidades.



Figura 1:UBS Lago do Aleixo

1.2 Relatório da Análise Situacional

O mundo tem uma população de 7,2 bilhões de pessoas, a primeira economia do mundo Estados Unidos tem 316,5 milhão e nosso maravilhoso Brasil 200,4 milhão de habitantes distribuídos em 23 estados. Manaus e a capital do Estado Amazonas com uma população de 2.020.301 habitantes, se estima que esta população tem um crescimento de 1,9 %.

A cidade de Manaus tem SEMSA (Secretaria Municipal de Saúde de Amazonas) e apresenta os seguintes serviços: 54 ESF; 54 UBS e só 5 UBS tradicionais e 2 UBS Ampliadas; 1 Centro de Atenção Psicossocial; 2 Pronto Atendimento; 1 Hospital Especializado; 2 Maternidades; 4 Policlínicas; 1 CEO; 1 Unidade de Apoio Diagnostico; 4 CAIC; 1 CAIM; 2 Unidades móvel Terrestre; 1 Farmácia Popular; 4 Base de Diagnostico para Malária. Há um total de 85 centros 12 estaduais e 72 municipais.

As UBS são unidades onde você pode receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clinico Geral, Enfermagem, Odontologia e outros serviços Manaus tem 10 mil UBS existentes e tem previsto a construção de mais de 3 mil.

Quanto ao serviço hospitalar, Manaus conta com os seguintes serviços: FCECOM (Fundação Centro de Controle de Oncologia da Amazonas); FHMOAM (Fundação Hematológica-Hemoterapia Estado Amazona); Clinica Bom Jesus; Clínica Dr Alindo Frota; Clinica San Lucas; Clinica Cardiológica de Manaus; Hospital e Pronto Socorro Dr Joao Lucio Pereira Machado; Hospital Adventista; Hospital Check Up; Hospital da Policia Militar; Hospital de Custodia; Policlínica Cardoso Fontes; Hospital Geraldo Rocha; Hospital pronto Socorro 28 de Agosto; Hospital Universitário Dona Francisco Mendes; Fundação Hospital Adriano Jorge; Hospital do Exército; Hospital Infantil Dr Fajardo; Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro; Hospital Santa Julia; Hospital São Jose; Fundação de Medicina Tropical do Amazona; Hospital Universitário Getúlio Vargas; Policlínica Danilo Correa; SPA Aristóteles Platão Bezerra Araújo; SPA Policlínica Dr Jose Lins; SPA do Coroadó; SPA do São Raimundo; SPA Hospital de Maternidade Chapot Prevost; SPA Juventina Dias; SPA Zona Sul; SPA Eliameme Rodrigues; SPA Alvorada;

Estes são os serviços hospitalares que tem a população de Manaus todos com uma estrutura boa, atenção especializada, realização de exames complementares.

Minha UBS é uma adaptação e muito pequeninha, fica em uma localidade ribeirinha que se chama Colônia Antônio de Aleixo especificamente no Bairro 11 de Maio na zona leste da cidade de Manaus considerada como área urbana, ela pertence ao SUS e tem vínculo com instituições de ensino em nossa área. Nosso modelo de atenção é uma adaptação só temos uma equipe de trabalho e não completa já que não temos agentes comunitários de saúde já que a prefeitura não tem como fazer seu pagamento e além disso fazemos atendimento a uma população de 4 862 habitantes.

Sem um equipe de saúde não podemos fazer nosso trabalho, não temos veracidade do total da população já que trabalhamos com dados estimados que nos oferece o distrito de saúde o ideal com um equipe completa é fazer um cadastramento casa por casa em nossa área para assim poder conhecer o total de população classificar a mesma por sexo, faixas etárias e por grupos dispensarias, conhecer os grupos de risco as condições higiênico – ambientais, nível de escolaridade, ocupação etc. de nossa população sem esses dados como podemos falar que fazemos uma atenção primaria de saúde com qualidade, não temos possibilidades de fazer um planejamento adequado e cumprir com as visitas domiciliares aos diferentes grupos que necessitam atenção especializada

Dentro das dificuldades, nós com os poucos recursos humanos fazemos um atendimento com humanidade e qualidade superando dia a dia nossas dificuldades.

Nossas visitas são feitas por mim por um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem o trabalho é intenso e cansativo e fundamentalmente dirigido a grávidas, crianças, usuários com doenças crônicas e sequela dos com ferimentos aos quais fazemos curativos em suas casas.

Com certeza para alcançar esses objetivos uma vez formada nosso pequeno equipe precisamos de melhoras em nossa estrutura na UBS já que em nossas mãos fica 85 % da solução dos problemas da comunidade.

Os principais problemas de estrutura de nossa unidade é que é um espaço muito pequeno, com salas que não cumprem com as dimensões requeridas, que não tem uma adequada ventilação, iluminação, não tem banheiros, tampouco disponibilidade de sistema de lavagem em nossos consultórios que são

compartilhados pelas diferentes especialidades, não temos em nossos consultórios negatoscopio, não temos otoscópios para uma melhor avaliação dos usuários, temos violações desde o ponto de vista epidemiológico que podem trazer sérios problemas de saúde e acidentes ocupacionais, o depósito para o lixo é fora da UBS junto com uma cozinha comunitária que fica ao lado do posto de saúde além de que nossa localização geográfica não é boa já que é a margem do Rio Negro com uma alta infestação de roedores e diferentes bichos do mato, em coações temos presença de macacos, cobras, baratas, ratos, carapanã dentro de nossa unidade.

A sala da recepção é muito pequena pôr isto fica um aglomerado de pessoas que pode favorecer a transmissão de doenças, como antes falei em nossa área temos uma alta incidência de população com doenças crônicas, idosos, e sequelados de Hanseníases e nossa unidades não tem corrimão, não tem pisos antiderrapante, não conta com uma calçada adequada, não tem sinalizações, não tem barras de apoios, não tem portas que se adaptem a sua necessidade, não temos cadeiras de rodas.

Precisamos renovar armários, vitrines, arquivos que se encontram oxidados, em nossas salas temos dificuldades para fazer a triagem dos usuários por necessidade de esfigmomanômetros, glicômetros, quebrados, focos de luz insuficientes, a nossa farmácia não chega os medicamentos que se precisam por não ter pessoas qualificadas por exemplo antibióticos.

São muitas as dificuldades e a presença de barreiras arquitetônicas em nossa unidade, mas todos fazemos nosso maior esforço por oferecer um serviço e atendimento de qualidade com muito amor dedicação e entrega.

Nossa unidade fica dentre as unidades a serem reformadas no futuro... muita fé de que com ajuda de Deus nada é impossível!

Por nossa parte só resta trabalhar em um processo contínuo de dispensarização e estratificação dos problemas de saúde, educar cada dia mais a nossa população e planejar estratégias para seguir melhorando a saúde de nossa população

Como falei anteriormente minha equipe de saúde está constituída por um enfermeiro, dos técnico de enfermagem, um técnico de saúde bucal até agora não temos previsão de que se complete a mesma. Além das dificuldades que enfrentamos para cumprir com nosso trabalho a população fica contente com o que fazemos e valoriza nosso trabalho.



Figura 2: Equipe de saúde

Em relação a população da área adstrita temos 4 862 habitantes, sendo que 2450 são masculinos 50.39% e 2412 são femininos 49.60 %.

A maior porcentagem da população é maior de 20 anos, tem um baixo nível educacional e trabalham na pesca, em labores agrícolas e uma baixa porcentagem na indústria

Temos em alto índice de consumo de álcool, de tabagismo e drogas assim como uma alta incidência de doenças de transmissão sexual

Quanto à demanda espontânea, aqui tenho que falar que nossa Unidade Básica de Saúde tem:

- um cadastro da população desatualizado.
- tem um equipe incompleta além de que não é adequada ao tamanho da população que é mais de 3000 habitantes (4.862).
- A distribuição por sexo e faixas etárias é estimada com base na distribuição brasileira por exemplo número de menores de um ano é de 91 e no caderno são 103 a diferença é mínima.

- com relação a número de gestantes não fica de acordo com a realidade nós temos 119, pelo caderno de ações programáticas fala que é 1,5% da população teria que ser aproximado de 244 gestantes.

O acolhimento em nossa unidade como todo até agora tem muitas dificuldades mais depois da leitura dos cadernos posso apreciar que se faz algumas coisas certas o importante é que nossa equipe fica aberta para perceber, avaliar as particularidades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar sempre os tipos de recursos e tecnologias para aliviar evitar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar e reduzir os danos, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos e diminuir o isolamento e abandono (aqui falamos da capacidade de escuta), mas não somos uma equipe completa o que dificulta esse nosso principal objetivo.

Para fazer um bom acolhimento é necessário recursos humanos para saber quem recebe o usuário, quem faz triagem, quem avalia os riscos e vulnerabilidade, que fazer de imediato agendar ou encaminhar.

Ficamos muito conscientes que temos que ampliar nossa resolatividade e a capacidade de cuidado da equipe.

O acolhimento em nossa unidade não se faz com a qualidade que tem que ser feito sempre tem muito excesso de demanda espontânea já que não só ficam na unidade pessoas de nossa população pela localização de nossa unidade ribeirinha chegam até ela muita população de outras localidades, dentro de nossas possibilidades se faz classificação e agendamento e o encaminhamento dos usuários

Em relação a saúde da criança de 0 a 72 meses, temos um total de 613 destas 91 som menores de um ano. Eu posso realizar o registro normalmente sem nenhuma dificuldade só que os dados não são 100% confiáveis já que trabalhamos por um cadastramento feito já bastante tempo ao não ter uma equipe de saúde completa com agentes comunitários não temos a possibilidade de fazer um cadastramento casa a casa em nossa área de abrangência e ter a realidade de nossa população por sexo por faixas etárias.

De acordo a caderno de ações programáticas eu tenho uma cobertura aproximada de 46% e com certeza em minha área de abrangência o número de crianças é muito maior, nossa área é muito grande e de difícil acesso temos muitas casas na beira do rio onde se faz mais difícil a acessibilidade

A pesar de que temos dificuldades com algumas mães faltosas e que ainda não tem consciência da importância da consulta de puericultura as que ficam as crianças tem uma adequada curva de crescimento e bom ganho de peso. Em nossa unidade não se reportam falecimentos tampouco temos epidemias nas escolas.

Além de que nós fazemos consulta de puericultura temos uma especialista em pediatria que faz consulta três vezes na semana. O que mais dificulta o atendimento é não ter a possibilidades de fazer as visitas domiciliares para desta forma nosso atendimento ser mais integral.

A saúde da criança foi a primeira ação programática estabelecida na atenção primaria de saúde e foi um fator importante na redução da mortalidade infantil no país e nosso dever é trabalhar com muita dedicação para fazer que esse objetivo cada dia tenha melhores indicadores.

Como já tenho falado em todas as tarefas, nossa unidade é adaptada, não temos agentes comunitários de saúde isso dificulta nosso trabalho no que se refere ao seguimento adequado do recém-nascido e a puérpera com sua consulta antes dos sete dias, pelo que procuramos em essa única fazer uma correta avaliação dos dois, avaliar triagem auditiva, teste do pezinho, avaliar com a mãe ou tutor seu entorno psicossocial, potencialização de crescimento da criança, avaliar fatores de risco, oferecer dicas para o cuidado de recém-nascido, importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, fazer prevenção de anemias, prevenção de acidentes no lar.

E sem dúvidas o maior comparecimento as consultas é em menores de um ano de idade. Por enquanto nós procuramos educar, prevenir e tratar com a maior qualidade possível além de todas as dificuldades que enfrentamos dia a dia.

Acredito que a atenção estomatológica deve ser melhorada porque até agora não se está fazendo atendimento de tratamento às patologias odontológicas por isso as ações feitas são de educação em saúde bucal, solicitamos a disponibilidade de cadernetas para as puericulturas, os protocolos de atendimento ainda chegam mas a secretaria de saúde conhece sua falta.

No Brasil a mortalidade infantil e a mortalidade materna ainda são um problema de saúde pública, mais real no interior do país onde os problemas da comunicação, acessibilidade, educação, trabalho, baixa renda e as costumes são ainda maiores, a falta de médicos agrava a situação já existente.

O tema de atenção pré-natal de baixo risco é de muita importância em nosso trabalho do dia a dia nosso objetivo é assegurar o desenvolvimento da gestação permitindo o parto de um recém-nascido saudável e garantir a vida da mãe, para isso som muitos os fatores que influem: não tem gestações planejadas; baixa escolaridade; gestação em idades menores de 15 anos; péssimas condições socioeconômicas; pouca percepção de risco; alta incidência de álcool, drogas e tabagismo; a maioria das gestantes chegam tardiamente as consultas; algumas são faltosas e no caso de meu equipe que não tem agentes comunitários de saúde se faz difícil seu seguimento; fazemos atendimentos a gestantes de outras localidade ribeirinhas que ficam perto de nosso posto de saúde

Além de todas essas dificuldades procuramos fazer captações precoces, incentivar as gestantes para ter um parto normal e não por cesárea, fazer uma classificação de risco e cumprir todo o norma do no protocolo de atenção

Nossa equipe trabalha para prevenir a mortalidade e morbidade da mãe e da criança fazendo adequadas atividades de promoção de saúde e que nosso atendimento seja com a qualidade requerida para fazer em tempo uma detecção e intervenção preços dos fatores de risco. Nós temos em acompanhamento 119 gestantes.

Fazendo uma avaliação podemos dizer que todos estão muito embaixo do que se necessita para dar uma atenção médica de qualidade e baixar os indicadores de mortalidade infantil e materna a níveis aguardos pôr o país, está também o inconveniente que existe uma população flutuante fora do área de abrangência que ao não ter médicos nem estrutura de saúde onde moram têm que ser atendidos em nossa UBS, também ocorre com as ações no puerpério, pois ao morar tão longe não dá para um acompanhamento adequado, não temos equipe para fazer planejamento e acompanhamento com a qualidade que tem que ser feito, temos problemas porque cada semana só fazemos as consultas, as pacientes faltosas, os risco, as datas provável de parto, os partos, os controles a puérperas, e assim pouco a pouco vamos fechando o controle da todas nossas pacientes, para que isso funcione com a qualidade que tem que ter precisamos o funcionamento de um equipe completo de saúde.

Tenho que admitir que e muito difícil para mim ter total veracidade de os dados com os que trabalhamos só um ano de trabalho e nossa organização pessoal há permitido ter algum os deles e com muita ajuda das enfermeiras que faz os

preventivos. Que som os que coloque em o caderno das ações programáticas, as mulheres cadastradas não todos som de nossa área de abrangência já que temos comunidades ribeirinhas que ficam em nosso unidade para fazer atendimento.

Sempre foi e será nosso objetivo de trabalho as ações de promoção e prevenção do câncer de colo uterino, temos que lograr que a população em idade de risco conheça e conscientize a importância da realização do exame citológico para fazer um diagnóstico precoce e oportuno da doença. Nós temos 745 mulheres em idade de 25 a 64 anos o que representa um 72 %

Lograr que uma vez que a mulher faz seu exame fique cadastrada em um livro seu data de coleta assim como seu resultada e data de fazer seu próximo exame, que até hoje não se tem esse cadastro em nossa unidade só em os prontuários médicos e de esse jeito temos menos possibilidade de levar uma adequada avaliação de esse indicador

Minha recomendação e que cada distrito de saúde tem que ter uma consulta de patologia de colo uterino que a mesma seja atendida por um ginecologista que avaliara e fizera acompanhamento da paciente e uma experiência muito positiva que se leva em meu pais o que a permitido tomar uma conduta medica rápida e oportuna sempre tendendo em conta grau de malignidade, idade de a paciente, si tem constituída família sim o não, etc.

A organização de nosso trabalho e decisiva para um adequado controle e avaliação de os fatores de risco e acompanhamento de as pacientes, ter um livro em a UBS e fundamental.

Sinceramente ficamos muito longe de fazer o que se necessita em atenção básica de saúde como pedra angular de um sistema de saúde, mais para isso necessitamos de condições de trabalhos de ter equipes completos em nossa áreas de saúde.

Esta doença pode ser reduzida por médio de um rastreamento adequado e um programa organizado e gerenciado em cada unidade por uma pessoa eu considero deve ser uma enfermeira, ter um controle de as portadoras de HIP, VHI, já que tem que fazer seu exame anualmente por ter uma defesa imunológica reduzida, em o caso de mostras insatisfatórias ter como localizar a mulher rapidamente para repetir.

E um campo muito grande em que se tem que definir ainda muitas estratégias.

Em relação ao câncer de mama, para fazer o preenchimento de os dados revisamos os prontuários de as mulheres compreendida em idade de risco e que faz acompanhamento em a unidade, que som alrededor de 239 mulheres em idades compreendidas de 50 a 69 anos com acompanhamento 112 para um 47%. Assim não e um dato fiel 100% trabalhamos por dados estimados.

Todos conhecemos que esta doença tem rastreamento e diagnóstico precoce que ela apresenta prognostico mais favorável, quando as lesões som pequenas e que seu cura pode legar até um 100 %

Aqui temos como algo mais positivo que a população tem menos preconceito que fica com maior preocupação por fazer ultrassonografia e mamografia anualmente e também permitem com maior facilidade que seja feito o exame de mama

E importante conhecer as mulheres em idade de risco, identificar os falsos negativos o positivos, ter em conta o alto grau de lesões indolentes, ter em conta sempre que o risco de câncer de mama aumenta com a idade 50- 69 anos por tanto a mamografia tem que ser de dois em dois anos e autoexame de mama tendo em conta mudanças da pele e cor da mama e aréola palpação das axilas região supra clavicular e tecido mamário.

Não temos livro de registro em nossa unidade pelo que e uma de nossa recomendações o estratégias a levar. Incrementar as atividades de promoção e prevenção da doença, diagnostico e acompanhamento oportuno.

Realmente ate hoje nossa unidade não funcionava como a organização que requerem isso programas mais com muito esforço e trabalho continuo, expendendo nossas experiências procuramos ter melhores resultados de trabalho e mudar os indicadores de saúde.

A Hipertensão Arterial e um grave problema de saúde no Brasil e no mundo, quando avaliamos que esta doença tem uma prevalência média de 32 % e que reconhecemos que em nossa área ainda falta muito por fazer em relação ao rastreamento da mesma (temos 169 pacientes com HAS cadastrados que representa 20 %), mais conhecendo que temos presenciamos de fatores de risco em nossa área como, uma população envelhecida a maioria fica entre 60 e 69 anos onde a doença tem uma maior incidência, alto índice de obesidade, abuso do consumo de álcool, sedentarismo, tabagismo, malos hábitos alimentares além de baixo nível de escolaridade.

Quando avaliamos a cobertura da atenção as pessoas com HAS encontradas identificamos que não é adequada a que a mesma para controlar sua doença e fazer prevenção de complicações precisa de uma mudança em seu modo e estilo de vida com muito apoio e visitas domiciliares por parte da equipe e em nosso caso não acontece porque não temos uma equipe de saúde nossa atenção se limita a fazer um diagnóstico e falar para que o paciente conheça que tem uma doença crônica como tem que conviver com ela a necessidade de fazer o tratamento direitinho e de essa forma prevenir complicações, falar a importância de ficar em consulta cada três meses como parte de seu acompanhamento.

Nós procuramos em a consulta fazer avaliação de risco cardiovascular, indicar exames laboratoriais cada três meses, oferecer orientações sobre a prática de atividades físicas e alimentação saudável, também a importância de marcar com odontologia para sua avaliação de saúde oral mais isso só é possível com os que ficam formalmente em as consultas de seguimento, apresentamos dificuldades para marcar além de eles são muito teimosos para a revisão com odontologia e outro problema é que muitos de eles são faltosos e não temos como procurá-los na comunidade.

Na cobertura e qualidade da doença, temos muitas dificuldades porque os pacientes estão avaliados somente pelo clínico-geral, não existem Psicólogo, professor de Educação física e Nutricionista, tem avaliação Estomatológica só o 15% dos pacientes por dificuldades no equipamento e os recursos para seu atendimento.

Em relação ao diabetes mellitus, na nossa comunidade, a doença é muito mais frequente com a idade se fala que o 21,6 % dos brasileiros maiores de 65 anos tem a doença, Manaus tem 4,2 % de sua população com a doença. Os indicadores avaliados só podemos fazer avaliação de risco cardiovascular de aqueles que ficam regularmente em consulta, que fazem seus exames complementares em tempo.

Nós temos um total de 94 pacientes com a doença cadastrada nossa área para um 38 % mais é muito difícil fazer um planejamento e acompanhamento de qualidade quando muitos de eles são faltosos não tem possibilidades de fazer em tempo seus exames complementares umas vezes por dificuldades para marcar outras por despreocupação.

Com eles em consulta sim fazemos um exame físico sempre avaliando pulsos arteriais, sensibilidade dos pés, oferecemos orientações da importância de

realizar atividades físicas, de levar uma alimentação saudável e a importância da avaliação oral esta última mais difícil para eles já que tem que marcar e difícil além de que som teimosos

Tanto a HAS como a Diabetes Mellitus som doenças que como já falei apresentam uma alta morbimortalidade e uma perda importante da qualidade de vida do ser humano, por isso não podemos ficar conformes todo trabalho e pouco, e uma necessidade intensificar as atividades de rastreamento, diagnóstico oportuno delas, um acompanhamento efetivo dos casos, reduzir complicações cardiovasculares, renais e outros.

Oferecer palestras, atividades educativas, para incrementar o conhecimento dos fatores de risco e prevenir a presença das mesmas.

Nós fazemos som nossos objetivos de trabalho mais precisamos um equipe completo de saúde. Na cobertura e qualidade da doença, acredito temos muitas dificuldades porque os pacientes estão avaliados solamente pôr o clínico-geral, não existem Psicologista, professor de Educação física e Nutricionista, poucos tem valoração por Estomatológica por dificuldades no equipamento e os recursos para seu atendimento. Acho que existem dificuldades para um melhor atendimento dos pacientes que podem ser resolvidas no tempo breve, exemplo: atualização dos prontuários, pesquisa ativa por a equipe de saúde para diagnóstico de Hipertensão arterial, planejar e preencher corretamente os dados que devem ser registrados nos documentos da unidade, fazer estratégias de trabalho de conjunto com o Estomatólogo.

Mas existem dificuldades que não podem ser desenvolvidas com nosso trabalho diretamente: contratação de profissionais como o Psicólogo, Nutricionista, professor de Educação física, o protocolo de atendimento não existe e ninguém preocupa por esse aspecto.

O paciente idoso é mais vulneráveis as doenças, os mesmos devem receber um acompanhamento de qualidade para fazer sua vida mais agradável e com melhor qualidade para eles e suas famílias.

A longevidade e, sim duvidas, um triunfo que não todos conseguem. O Brasil como todo o mundo tem com previsão aumento de a população idosa, um fenômeno nunca antes observado. O envelhecimento, antes era considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo

isso e em resposta a mudança de algum os indicadores como fecundidade e da mortalidade e o aumento de esperança de vida.

As políticas de saúde tem dentro de seus funciones contribuir para que mais pessoa alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

Segundo o caderno de ações programáticas, o número estimado de idosos com 60 anos ou mais residentes na nossa área de abrangência é 294, enquanto que a estimativa da cobertura é de 35% (102). Nós apresentamos inúmeras fragilidades em relação aos indicadores de qualidade, como por exemplo, nenhuma caderneta de saúde da pessoa idosa. Esse instrumento é valioso que nos permite identificar os idosos frágeis ou com risco de fragilização, também nos permite fazer um planejamento e organização para um melhor atendimento e acompanhamento do idoso.

Nenhuma das pessoas atendidas tem avaliação funcional e a mesma e essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clinico adequado que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários as pessoas idosas. Quase nenhum tem acompanhamento clinico e de saúde bucal (6) tampouco ficam avaliados em relação aos indicadores de fragilidade na velhice.

Como podemos pretender fazer uma atenção continuada cumprindo com todos os parâmetros, como fazer uma visita domiciliaria que tem uma importância enorme e conhecendo que ela e o momento único no estabelecimento do cuidado aos idosos, que deve ser planejada por o equipe de saúde sim não temos esse equipe. Eu não quero justificar o que não se faz pero sim duvidas sim equipe não podemos cumprir nosso processo de trabalho.

Não podemos fazer o planejamento a organização adequada que tem que ter a pessoa idosa, acompanhar a pessoa frágeis ou em processo de fragilização, conhecer seus hábitos de vida, acolher de forma humanizada, realizar atividades de grupo com educação permanente e desenvolver diferentes atividades educativas, o mínimo não temos um cadastro atualizado das pessoas idosas de nossa área. Não podemos fazer uma atenção integral da pessoa idosa essa e nossa realidade.

Minha avaliação de atendimento da saúde da pessoa idosa em minha UBS este proposito fica muito longe já que som muitas as pessoas idosas com doenças e agravos crônicos não transmissível que requerem de um acompanhamento constante que não se faz já que não temos um equipe que posso fazer um

atendimento como se fala no protocolo de atendimento. Temos um por cento alto de idosos com sequelas motoras pela Hanseníase além de outras doenças que também tem alta incidência como a HAS e Diabetes.

Nós o que fazemos até agora e mais o menos identificar a quantidade de idosos pelos prontuários a maioria já localizada e depois de falar com familiares o tutores som levados a consulta onde se faz uma identificação de os fatores de risco e as doenças com que eles ficam, oferecemos pratica de atividades físicas, a importância da higiene bucal e general, a importância de atividades de grupo e assistir a consultas planejada.

A maioria som faltosos a consulta e nosso caso não podemos procurá-los em visitas domiciliares porque não temos agentes comunitários de saúde.

A Diabetes Mellitus junto com a HAS som as responsáveis de a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações o SUS, tem uma alta taxa de gasto no pressuposto econômica do país pelos medicamentos e as incapacidades que gera.

Eu acho que os fatores de risco em nossa área coincidem, obesidade, sedentarismo, idade, etc.

Temos 94 pacientes cadastrados com a doença em nossa unidade, além de que também ficam para fazer atendimento de outras áreas ribeirinhas, temos total certeza que o rastreamento fica longe mais não temos outras possibilidades de trabalho nosso equipe e incompleto e não nos permite fazer atividades maiores e com mais qualidade, também dificulta o acompanhamento de os pacientes.

A equipe de saúde da unidade deve estar unida e comprometida para fazer um trabalho que garanta a saúde da população e melhorar a qualidade de vida da população. No estudo feito para preencher dados no Caderno de ações programáticas avalia as deficiências no trabalho da unidade, é uma ferramenta importante para melhorar a qualidade de nossa atenção médica

Nossa principal ferramenta e ter um equipe de saúde completo que nos permita em primer lugar fazer um cadastro atualizado de nossa área de essa forma classificar a população por sexo, faixas etárias, dispensaria a mesma por grupos, organizar melhor nosso trabalho, planejar, acompanhar, fazer atividades de rastreamento de risco e doenças

Como sempre falo e nosso maior desafio um equipe de saúde completo para poder fazer verdadeiramente medicina comunitária com seus princípios básicos promoção, prevenção, diagnóstico precoce e reabilitação de nosso população.

Fazendo um bom atendimento em atenção primária de saúde como pedra angular do sistema de saúde a população tenderá maior qualidade de vida

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

No primeiro texto foi abordado questões que envolvem o processo de trabalho da equipe, a relação com a comunidade, entre outras informações da nossa unidade de saúde. Tudo isso foi pontuado de forma superficial.

Já o segundo texto apresenta de forma detalhada, dados e informações que nos possibilitam conhecer melhor a nossa realidade e nos subsidiar para a tomada de decisões, quanto ao planejamento das nossas ações.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A população idosa brasileira teve importantes conquistas nas duas últimas décadas. O marco no processo de garantia dos direitos desse segmento populacional é a Lei: 10.741, de 1º de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso. Instrumento legal que vem servindo como referência central para o movimento social na área, o Estatuto serve como guia essencial para que as políticas públicas sejam cada vez mais adequadas ao processo de ressignificação da velhice.

Nesse contexto, a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida. Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com avançar da idade.

O envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial.

A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. Dentro desse grupo, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, sendo hoje mais de 12% da população idosa

O fato mais marcante para as sociedades atuais é o processo de Envelhecimento populacional observado em todos os continentes. O aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, está a impor mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade. Todas as dimensões da vida humana já estão sendo desafiadas nesse sentido. Afinal, qual o espaço da velhice em um mundo competitivo, veloz e altamente dependente de tecnologia? Seria o ostracismo? A simples retirada de cena daqueles que não mais produzem? Será que é isso que estamos assistindo nos primeiros raios do alvorecer do século XXI?

Nesse sentido, a nossa equipe escolheu a atenção à saúde da pessoa idosa, já que em minha área de abrangência, temos uma alta incidência de idosos, sendo que a grande parte delas com sequelas motoras e com inúmeras fragilidades no processo de cuidado.

Considerando que nossas ações (cadastramento da população maior de 60 anos, classificação dela por sexo, grupos etários, doenças, por risco, acamados, qual é sofrem de violência familiar o maus tratos, fazer avaliação multidimensional de cada um, fazer um planejamento de consultas de seguimento, educação de saúde), nosso projeto buscaria qualificar essas ações com o objetivo que e oferecer um melhor atendimento e cuidado da saúde da pessoa idosa.

Em minha unidade básica de saúde, temos uma população de 4 862 habitantes, sendo que 294 são maiores de 60 anos (estimativa do caderno das ações programáticas), porque não temos dados atualizados em nossa unidade, mas apenas 102 (35%) fazem acompanhamento em nossa unidade. Assim, temos como

objetivo ampliar a cobertura da atenção ao idoso em 80%. Nenhum dos idosos tem caderneta de saúde, não tem avaliação multidimensional, não tem um planejamento de consultas de seguimento, motivos que justificam porque a escolha de nosso foco.

Nós temos um equipe de saúde incompleta e não formal. Ela foi constituído por nosso diretor para apoiar meu trabalho, já que a unidade não é tradicional, não tem equipe de saúde. Está constituído pelo um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um de saúde bucal que também trabalham em outras funções, sendo esta a maior fragilidade que apresentamos.

Atualmente nos já cadastramos 232 idosos, muitos deles não tem prontuário, não tem cartão de SUS por isso estamos fazendo, com o fim de melhorar o atendimento deles, as ações de saúde até agora desenvolvidas são apenas individuais realizadas durante as consultas e nas visitas domiciliares e fundamentalmente orientamos quanto à higiene, alimentação saudável, realização de exercício físico, realização do tratamento diário em aqueles que tem doenças crônicas associadas, dinâmica familiar para um melhor acolhimento familiar das pessoas idosas.

A intervenção será interessante e acreditamos que terá um bom impacto em nossa unidade e na comunidade, não tenho dúvidas de isso, já que agora vamos ter dados atualizados da população maior de 60 anos, que permitirá fazer um melhor atendimento e seguimento de seu saúde. Também vamos a conseguir elevar lá cobertura de atendimento de um 35% para 80%, e além de ter um equipe incompleto o mesmo ficara mais comprometido e com maiores conhecimentos do protocolo de atendimento ao idoso e saibam cumprir com elas.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS Lagoa do Aleixo, Manaus, AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso;
2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde;
3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
6. Promover a saúde dos idosos.

Metas relativas ao Objetivo 1- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

1.1 - Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área de saúde da unidade para 80%

Metas relativas ao Objetivo 2– Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

2.1- Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

2.2- Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

2.3- Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

2.4 - Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

2.5- Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

2.6- Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

2.7 - Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

2.8- Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg para Diabetes Mellitus (DM).

2.9- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

2.10- Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Metas relacionadas ao Objetivo 3 – Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

3.1- Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Metas relacionadas ao Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações.

4.1- Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

4.2- Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Metas relacionadas ao Objetivo 5 - Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

5.1 - Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

5.2- Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

5.3- Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Metas relacionadas ao Objetivo 6- Promover a saúde dos idosos.

6.1 - Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas da área de abrangência.

6.2 - Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

6.3- Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Para melhorar a cobertura em saúde da pessoa idosa de nossa área, será feito o Projeto de intervenção a ser executado na UBS Lago do Aleixo. Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de três meses.

A população alvo do estudo está composta de todos os usuários com 60 anos e mais, residentes e cadastrados na área de abrangência. A intervenção propõe envolver todos os trabalhadores do referido serviço, e na reunião da equipe já foram discutidas, avaliadas e detalhadas diversas ações, para garantir o sucesso da intervenção.

As ações propostas contemplarão os quatro eixos pedagógicos do curso: Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica e todos os passos da preparação e execução da presente intervenção serão registrados nos diários de intervenção.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Metas:

1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Monitoramento e avaliação.

Para a realização do monitoramento e avaliação, da cobertura do Programa da Saúde do idoso, uma vez por mês, as ACS revisarão os registros dos dados dos idosos em acompanhamento na unidade, com auxílio da técnica de enfermagem, para atingir 100% da cobertura, sob supervisão do médico e da enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Para o acolhimento dos idosos toda a equipe será responsável e acontecerá em todos os turnos de atendimento. As consultas serão agendadas diretamente na UBS, através dos ACS ou após o término da consulta médica de acordo com as necessidades individuais, com quinze consultas agendadas por semana para idosos, 7 no dia de atendimento do idoso que será segunda na tarde, e 8 para o dia de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, para priorizar um idoso por cada micro área, sendo 4 no horário da manhã e 4 no horário da tarde na terça-feira, com vagas disponibilizadas o resto da semana para demanda espontânea e sempre com visitas domiciliares agendadas todos os dias para dois idosos por turno, exceto o dia de atendimento do Pré-natal).

O cadastramento dos idosos será realizado pelas ACS através das visitas domiciliares e o cadastramento dos dados no SIAB/e-SUS serão realizados pelo médico e enfermeira (este cadastramento será semanalmente).

Engajamento público

Com os objetivos planejados e as metas a cumprir a equipe, ante as dificuldades encontradas nesta ação programática com baixa cobertura de atenção aos idosos, atraso nas consultas e avaliações, a existência de faltosos sem serem visitados, os problemas nos estilos de vida e apoio familiar e, sobretudo na atenção da saúde bucal, decide iniciar a etapa de retificação de erros e melhorar estes indicadores, decidimos ir na emissora de rádio local e começar as ações educativas como principal ferramenta para lograr os mesmos.

Com o uso da rádio local a equipe irá esclarecer à comunidade sobre a importância dos idosos, realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde mais perto de casa. A equipe informará à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde. As atividades educativas serão desenvolvidas pelas ACS, técnica de enfermagem, enfermeira e médico, para garantir uma velhice mais saudável, também se realizaram atividades educativas nas visitas domiciliares e encontros com a população.

Qualificação da prática clínica:

Para a qualificação da prática clínica é necessária a educação permanente que é aplicada diretamente na rotina diária dentro da UBS. Com o objetivo de fortalecer os vínculos tanto entre a equipe, mas com a comunidade e gestão as capacitações serão realizadas pelo médico, e enfermeira, como a importância de realizar busca ativa de idosos que não estão em acompanhamento em nenhum serviço. Será realizada uma capacitação antes do início da intervenção, nos horários das reuniões de equipe, com a duração de duas horas, com a participação de todos os membros da equipe, sem comprometer as outras atividades da UBS. Serão utilizados os Protocolos do Ministério da Saúde de Atenção à saúde da pessoa idosa e as atividades serão apoiadas sobre a Política de Humanização do SUS.

A equipe será treinada pelo médico e a enfermeira para realizar o acolhimento de todos idosos e as ACS serão capacitadas para o cadastramento de todos os idosos da área de abrangência da UBS.

Objetivo 2–Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Metas:

2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Monitoramento e avaliação

O monitoramento dos registros da realização da Avaliação Multidimensional Rápida será realizado semanalmente, em todos os idosos acompanhados, sobre responsabilidade do médico com auxílio da enfermeira, garantindo com que todos idosos acompanhados sejam avaliados.

Organização e gestão do serviço

A UBS garantira os recursos necessários, assim como a manutenção dos mesmos, para a realização da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos acompanhados (balança, antropometria, Tabela de Snellen) Para que a avaliação seja realizada de forma organizada e com os registros atualizados vamos definir as atribuições de cada profissional da equipe durante a Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Engajamento público

A equipe irá orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, principalmente o médico e enfermeira irão compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Qualificação da prática clínica

O médico irá esclarecer a equipe sobre os itens que são examinados na avaliação multidisciplinar rápida e irá treiná-los para tal, cada um dentro de suas atribuições.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Isto irá ser monitorado através das fichas que são feitas a cada idoso nas consultas, e os dados preenchidos nos prontuários revisados pela enfermeira e pelo médico.

Organização e gestão do serviço

Os exames vão ser feitos a cada três meses para os diabéticos e pelo menos uma vez anual ao resto dos idosos, responsável o médico, necessitamos para isto, de balança, antropometria, Tabela de Snellen, esfigmomanômetro, fita métrica, aparelhos para teste de glicemia.

Engajamento público

Na comunidade, manterá relação com a equipe de saúde em igrejas, já propostas para esclarecer a importância dos exames em tempo, e o porquê eles são feitos, aqui os cuidadores de idosos vizinhos participam e podem dar apoio no programa.

Qualificação da prática clínica

A capacitação da equipe para as orientações necessárias ficará sobre responsabilidade do médico com auxílio da enfermeira, participarão todos os membros da equipe da capacitação, que será realizada antes do início da intervenção. O médico irá esclarecer aos integrantes da equipe sobre a realização e a importância do mesmo para ser explicado aos usuários antes das consultas.

2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Será realizado o monitoramento do número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado (Caderno de Atenção Básica-2013) e com a periodicidade recomendada pelo menos uma vez por ano, responsabilizado pelo médico e enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Serão definidas as orientações a ser informadas por cada membro da equipe antes do momento do exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos, sua importância para evitar faltosos e realizaremos busca ativa de idosos que não realizaram exame complementar apropriado, organizaremos a agenda para acolher todos idosos hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento público

A equipe irá informar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, sobre a importância do rastreamento para DM em

idosos com pressão arterial acima de 135/80mmhg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM,

Qualificação da prática clínica

A capacitação da equipe para as orientações necessárias ficará sobre responsabilidade do médico com auxílio da enfermeira, participarão todos os membros da equipe da capacitação, que será realizada antes do início da intervenção.

2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação das prescrições ficarão sobre responsabilidade da enfermeira e será realizado quinzenalmente.

Organização e gestão do serviço

Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, feito pelo pessoal administrativo, porque não contamos com farmacêutico e supervisionado pelo médico, manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, garantindo a oferta dos mesmos.

Engajamento público

A equipe orientará os usuários e a comunidade quanto ao direito ao acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para Hipertensão e possíveis alternativas para obter este acesso aos idosos com estas doenças.

Qualificação da prática clínica

Toda equipe será capacitada para repassar as informações a respeito da Farmácia Popular, que os usuários têm o direito de obter suas medicações, sob a responsabilidade do médico.

2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados serão monitorados cada semana pela técnica de enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Os agentes comunitários realizarão o cadastramento de todos idosos acamados ou com problemas de locomoção e armazenarão em um caderno específico que também servirá para agendá-los.

Engajamento público

A equipe tem que esclarecer a comunidade sobre a importância do cadastramento dos idosos com problemas de locomoção para que aconteçam periodicamente as visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Será disponibilizado um caderno/agenda para as ACS, para que cadastrem e agendem as visitas e serão capacitadas para o mesmo.

2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção visitados serão monitorados pela técnica de enfermagem e enfermeira, quinzenalmente.

Organização e gestão do serviço

Será responsabilidade dos ACS identificar e agendar as visitas aos idosos que não conseguem se deslocar até a UBS. Será organizado o horário para visitas domiciliares dos idosos que não consigam comparecer na UBS, com prioridade, de maneira que todos integrantes da equipe consigam realizar a visita, a visita será agendada pelo ACS.

Engajamento público

A comunidade será esclarecida e informada ao respeito da prioridade nas visitas domiciliares para aqueles que não conseguem se deslocar até a UBS, a traves das palestras que vão ser realizadas nos contatos com os grupos de idosos e familiares, com a liderança da comunidade e na radio local.

Qualificação da prática clínica

As ACS serão treinadas para o correto agendamento das visitas, no horário disponibilizado, de maneira que toda equipe possa participar da visita, sem prejudicar as outras atividades da UBS.

2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação do número de idosos submetidos ao rastreamento para HAS será realizado periodicamente semanalmente assim como o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg que será responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço

A agenda será organizada para atender os idosos com HAS, a UBS garantirá os recursos necessários para esse atendimento (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica). Assim como garantiremos atendimento de urgência/emergência para usuários hipertensos.

Engajamento público

A comunidade será esclarecida sobre a prioridade no agendamento dos idosos portadores de HAS, assim como o atendimento de urgência.

Qualificação da prática clínica

Os profissionais da equipe serão capacitados pelo médico para a qualificação da prática clínica; é necessária a educação permanente que é refletida e aplicada diretamente na rotina diária dentro da UBS. Também tem o intuito de fortalecer os vínculos tanto entre a equipe, mas com a comunidade e gestão. As capacitações serão realizadas pelo médico e enfermeira.

2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação do número de idosos submetidos ao rastreamento para HAS será realizado semanalmente, assim como o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg que será responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço.

A agenda será organizada para atender os idosos com HAS, a UBS garantirá os recursos necessários para esse atendimento (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica). Assim como garantiremos atendimento de urgência/emergência para usuários hipertensos.

Engajamento público:

A comunidade será esclarecida sobre a prioridade no agendamento dos idosos portadores de HAS, assim como o atendimento de urgências e emergências,

a traves das palestras que vão ser realizadas nos contatos com os grupos de idosos e familiares, e com o uso da radio local.

Qualificação da prática clínica

Os profissionais da equipe serão capacitados pelo médico para a qualificação da prática clínica é necessária a educação permanente que é refletida e aplicada diretamente na rotina diária dentro da UBS. Também tem o intuito de fortalecer os vínculos tanto entre a equipe, mas com a comunidade e gestão. As capacitações serão realizadas pelo médico e a enfermeira.

2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação da necessidade de tratamento odontológico em 100% dos idosos ficarão sobre responsabilidade do médico e o odontólogo da unidade ampliada que fará parte do projeto, já foi orientado a través do nosso distrito a parceria com a equipe de saúde bucal da unidade ampliada e outra parte através do acompanhamento odontológico do Centro de atendimento integral ao Idoso, garantindo um monitoramento mensal.

Organização e gestão do serviço

Serão disponibilizados horários na agenda dos dentistas para garantir o acesso dos idosos de nossa área, tanto para o tratamento odontológico como nos casos de urgência/emergência odontológica com abertura de 15 vagas por semanas para três vagas cada dia.

Engajamento público

A comunidade será esclarecida sobre o atendimento prioritário para os idosos, na busca da saúde bucal adequada.

Qualificação da prática clínica

O médico com auxílio do odontólogo irá enfatizar para a equipe a importância de uma adequada saúde bucal para os idosos e irão orientar os ACS em como realizar o agendamento para os idosos. O agendamento será realizado tanto durante as visitas domiciliares quanto nas consultas médicas, de acordo com a disponibilidade.

2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação da necessidade de tratamento odontológico em 100% dos idosos ficarão sobre responsabilidade dos odontólogos da unidade ampliada e do Centro de Acompanhamento ao Idoso, que acolho o projeto do primer momento, e o médico, garantindo um monitoramento mensal.

Organização e gestão do serviço

Serão disponibilizados os horários na agenda dos dentistas para garantir o acesso dos idosos, tanto para o tratamento odontológico como nos casos de urgência/emergência odontológica com abertura de 15 vagas por semanas.

Engajamento público

A comunidade será esclarecida sobre o atendimento prioritário para os idosos, na busca da saúde bucal adequada, a traves das palestras que vão ser realizadas pelo odontólogo e a enfermeira nos contatos com os grupos de idosos e familiares, com a liderança da comunidade e na radio local.

Qualificação da prática clínica

O médico com auxílio do odontólogo irá enfatizar para a equipe a importância de uma adequada saúde bucal para os idosos e irão orientar os ACS em como realizar o agendamento para os idosos. O agendamento será realizado tanto durante as visitas domiciliares quanto nas consultas médicas, de acordo com a disponibilidade.

2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação do número de pessoas idosas cadastradas na Unidade em acompanhamento com a primeira consulta odontológica realizada no período será responsabilidade do odontólogo da unidade ampliada, que acolho o projeto do primer momento para a realização da primeira consulta, e o médico, garantindo um monitoramento mensal.

Organização e gestão do serviço

Serão disponibilizados os horários na agenda dos dentistas para garantir o acesso priorizado dos idosos de nossa área de abrangência, tanto para o tratamento odontológico na primeira consulta, como nos casos de urgência/emergência odontológica com abertura de 15 vagas por semanas.

Engajamento público

A comunidade será esclarecida sobre o atendimento prioritário para os idosos, na busca da saúde bucal adequada, explicando sua importância na saúde geral, a traves das palestras que vão ser realizadas pelo odontólogo e a enfermeira nos contatos com os grupos de idosos e familiares, com a liderança da comunidade e a divulgação na radio local.

Qualificação da prática clínica

O médico com auxílio do odontólogo irá enfatizar para a equipe a importância de uma adequada saúde bucal para os idosos e irão orientar os ACS em como realizar a captação dos idosos o agendamento para os idosos da primeira consulta e seu acolhimento na unidade. O agendamento será realizado tanto durante as visitas domiciliares quanto nas consultas médicas, de acordo com a disponibilidade, o responsável da consulta o odontólogo e do monitoramento médico.

2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação do número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com avaliação de alterações de mucosa bucal, tratamento odontológico em 100% dos idosos ficarão sobre responsabilidade o odontólogo da unidade ampliada, que acolho o projeto, e o médico, garantindo um monitoramento mensal.

Organização e gestão do serviço

Serão disponibilizados os horários na agenda dos dentistas para garantir o acesso dos idosos à primeira consulta, tanto para o tratamento odontológico como nos casos de urgência/emergência odontológica com abertura de 15 vagas por semanas.

Engajamento público

Realizaram-se os encontros com os grupos de idosos e familiares, assim como com a liderança da comunidade, com a realização de palestras e dinâmicas de grupo com objetivo de esclarecer os mesmos, sobre o atendimento prioritário para os idosos e a avaliação da mucosa bucal e estas vão ser realizadas pelo odontólogo, o médico e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica

O médico com auxílio do odontólogo irá capacitar a equipe para identificar alterações da mucosa oral durante as visitas domiciliares e o odontólogo selecionará os casos que precisam de encaminhamento para os serviços de referências e dará tratamento aos casos mais simples, e que constituem demanda frequente do serviço com necessidade de procedimentos básicos.

2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação da necessidade dos idosos com necessidade de prótese dentária em 100% dos idosos ficarão sobre responsabilidade do odontólogo, que acolhe o projeto, e o médico, garantindo um monitoramento mensal.

Organização e gestão do serviço

Serão disponibilizados os horários na agenda dos dentistas para garantir o acesso dos idosos a avaliar a necessidade de prótese dentária, com abertura de 15 vagas por semanas, fazer e encaminhamentos para o CEO (centro de Especialidades Odontológicas), com demanda de realização das próteses e solicitar o mantimento das mesmas.

Engajamento público

A comunidade será informada sobre o atendimento prioritário para os idosos, na busca e avaliação de necessidade de próteses dentária, a importância de seu uso e manutenção através das palestras que vão ser realizadas pelo odontólogo e a enfermeira nos contatos com os grupos de idosos e familiares, com a liderança da comunidade e a divulgação na rádio local.

Qualificação da prática clínica

O médico com auxílio do odontólogo irá capacitar a equipe sobre a importância do uso de prótese dentária nos idosos e irá orientar os ACS em como realizar o agendamento para os mesmos, durante as visitas domiciliares, quanto nas consultas médicas e de enfermagem, de acordo com a disponibilidade.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Metas:

3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Monitoramento e avaliação

Mensalmente a enfermeira e o médico irão monitorar o número de idosos faltosos as consultas, para realizar a busca ativa.

Organização e gestão do serviço

Através dos registros específicos e da agenda será possível identificar os idosos que não compareceram as consultas, para solicitar as ACS que realizem a busca ativa dos mesmos com o seguinte agendamento e esclarecimento sobre a importância de não faltar as consultas.

Engajamento público

Nossa comunidade será esclarecida sobre a importância de os idosos não faltarem a sua consulta programada, a equipe tentará envolver além do idoso os familiares nesse processo de comprometimento.

Qualificação da prática clínica

As ACS serão capacitadas pelo médico para realizar a busca ativa dos idosos faltosos as consultas.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações.

Metas:

4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação

O monitoramento dos registros específicos será realizado uma vez por mês, as ACS revisarão os registros dos dados dos idosos em acompanhamento na unidade, com auxílio das da técnica de enfermagem, sob supervisão do médico e da enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Para manter as informações do SIAB atualizadas, caberá ao médico e enfermeira, solicitaremos ao gestor municipal materiais como a caderneta do idoso e fichas específicas que garantam um trabalho eficaz e confiável.

Engajamento público

A enfermeira irá esclarecer aos idosos e seus familiares sobre seus direitos de manutenção dos seus registros de saúde na UBS, sobre a disponibilidade de solicitar segunda via quando necessário, sobre o sigilo das informações contidas.

Qualificação da prática clínica

O médico irá capacitar a equipe em como preencher os registros e sobre a importância de estarem atualizados.

4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Monitoramento e avaliação

Em cada consulta de avaliação dos idosos será avaliada a entrega das cadernetas pelo médico, que foram distribuídas pelos ACS em cada idoso cadastrado, desta maneira lograremos que todos possuam esta importante fonte de informação para consulta na UBS e outro serviço especializado ou referido.

Organização e gestão do serviço

Será solicitado à gestão, o número suficiente de cadernetas para ser entregue a 100% dos idosos cadastrados no programa, a mesma será entregue na primeira consulta do idoso e será preenchida sempre que o mesmo realizar qualquer tipo de consulta.

Engajamento público

Os idosos e familiares serão esclarecidos sobre a importância de sempre portarem sua caderneta de saúde, sobre as informações contidas na mesma e a importância para o acompanhamento de sua saúde.

Qualificação da prática clínica

A equipe será treinada pelo médico para o correto preenchimento da caderneta.

Objetivo 5 - Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Metas:

5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação do número de idosos submetidos ao rastreamento para HAS será realizado periodicamente (pelo menos mensalmente), assim como o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg que será responsável o médico.

Organização e gestão do serviço.

A agenda será organizada para atender os idosos com HAS, a UBS garantirá os recursos necessários para esse atendimento (esfigmomanômetro,

manguitos, fita métrica). Assim como, garantiremos atendimento de urgência/emergência para usuários hipertensos.

Engajamento público.

A comunidade será esclarecida sobre a prioridade no agendamento dos idosos portadores de HAS, assim como o atendimento de urgência e emergência.

Qualificação da prática clínica

Os profissionais da equipe serão capacitados pelo médico para a qualificação da prática clínica é necessária a educação permanente que é refletida e aplicada diretamente na rotina diária dentro da UBS. Também do intuito de fortalecer os vínculos tanto entre a equipe, a comunidade e gestão. As capacitações serão realizadas pelo médico, e enfermeira.

5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, quinzenalmente pela técnica de enfermagem e como responsável o médico.

Organização e gestão do serviço

Priorizar o atendimento a idosos fragilizados na velhice, com ótima avaliação multidisciplinar garantida por todo o equipe e responsável o médico, pelo menos uma vez por ano.

Engajamento público

Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente, com planificação das consultas, esclarecimento a familiares ou cuidadores para contar com o apoio deles, nas das palestras que vão ser realizadas nos contatos com os grupos de idosos e familiares, com a liderança da comunidade e na radio local.

Qualificação da prática clínica

Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, em relação ao caderno de atenção básica -2013 (Envelhecimento e Saúde Da Pessoa Idosa) que será feito nas reuniões previstas cada semana e responsável o médico.

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Monitoramento e avaliação

Para a realização do monitoramento e avaliação, da cobertura do Programa da Saúde do idoso, uma vez por mês, as ACS revisarão os registros dos dados dos idosos em acompanhamento na unidade, com auxílio da técnica de enfermagem, para atingir 100% da cobertura, sobre supervisão do médico e da enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Para o acolhimento dos idosos toda a equipe será responsável e acontecerá em todos os turnos de atendimento. As consultas serão agendadas diretamente na UBS, através dos ACS ou após o término da consulta médica de acordo com as necessidades individuais (com disponibilidade de sete consultas agendadas no dia do idoso e do Hiperdia, assim como das visitas domiciliares diárias). O cadastramento dos idosos será realizado pelas ACS através das visitas domiciliares, e o cadastramento dos dados no SIAB será realizado pelo médico e enfermeira semanalmente.

Engajamento público

A equipe irá esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Temos que Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde. As atividades serão esclarecidas a comunidade pelas ACS, enfermeira, médico, para garantir uma velhice mais saudável, também comunicaremos através de visitas domiciliares e encontros com a população.

Qualificação da prática clínica.

Para a qualificação da prática clínica é necessária a educação permanente que é refletida e aplicada diretamente na rotina diária dentro da UBS. Também no intuito de fortalecer os vínculos tanto entre a equipe, mas com a comunidade e gestão. As capacitações serão realizadas pelo médico, e enfermeiras, como realizar busca ativa de idosos que não estão em acompanhamento em nenhum serviço. Será realizada uma capacitação antes do início da intervenção, nos horários das reuniões de equipe, com a duração de duas horas, com a participação de todos os membros da equipe, sem comprometer as outras atividades da UBS. Serão utilizados os Protocolos do Ministério da Saúde e as atividades serão apoiadas sobre a Política de Humanização do SUS.

A equipe será treinada pelo médico e a enfermeira para realizar o acolhimento de todos idosos e as ACS serão capacitadas pelo médico e enfermeira para o cadastramento de todos os idosos da área de abrangência da UBS.

Objetivo 6 - Promover a saúde dos idosos.

Metas:

6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação

Através da caderneta do idoso, da ficha específica e das consultas médicas iremos monitorar as atividades de promoção de hábitos saudáveis, mudanças de estilos de vida, com supervisão do médico, enfermeira, dentista.

Organização e gestão do serviço

Cada consulta terá um tempo para orientação nutricional, tanto dos idosos como para os familiares, estimulando-os a ingestão de alimentos saudáveis e a importância do consumo de água.

Engajamento público

A comunidade será esclarecida sobre a importância da alimentação saudável, podemos providenciar folders explicativos para entregar a comunidade, com auxílio da gestão.

Qualificação da prática clínica

A equipe será capacitada para orientar a comunidade a respeito da importância de uma alimentação e hábitos saudáveis, tanto na Terceira idade como em qualquer faixa etária, estimulando o envelhecimento saudável, sob a responsabilidade do médico.

6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Monitoramento e avaliação

Através da caderneta do idoso, da ficha específica e das consultas médicas iremos monitorar as orientações para a prática regular de atividades físicas a 100% dos idosos, será responsabilidade do médico e da enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Cada consulta ou atividade de promoção de saúde disponibilizará um tempo para as orientações sobre exercícios físicos, sobre a responsabilidade do enfermeiro e médico, junto ao importante papel das ACS, procuraremos garantir junto ao gestor municipal áreas onde os idosos possam praticar exercícios. Necessitamos de um lugar para prática dos exercícios físicos, como sugestão, poderiam ser realizados na parte de trás da UBS ou alguma igreja, com auxílio de profissionais qualificados que serão solicitados ao gestor.

Engajamento público

A comunidade será esclarecida sobre a importância da prática regular de atividades física, podemos providenciar folders explicativos para entregar a comunidade, com auxílio da gestão.

Qualificação da prática clínica

A equipe será treinada para orientar sobre a importância da prática regular de exercícios físicos, como caminhadas, dança e outras atividades, sob a responsabilidade do médico.

6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e avaliação

Através da caderneta do idoso, da ficha específica e das consultas médicas e odontológicas iremos monitorar na equipe as orientações sobre a higiene bucal e das próteses dentárias para 100% dos idosos cadastrados, sendo responsabilidade da enfermeira e o médico.

Organização e gestão do serviço

Tanto durante a consulta de enfermagem, médica e odontológica, será disponibilizado um tempo para as orientações sobre a higiene bucal e das próteses dentárias, vamos solicitar à gestão a disponibilidade de kits de higiene bucal.

Engajamento público

A comunidade será esclarecida sobre a importância da higiene bucal, tanto na terceira idade como em qualquer idade, podemos utilizar um espaço no mesmo folder sobre alimentação saudável para estimular o cuidado bucal.

Qualificação da prática clínica

A equipe será capacitada para dar orientações sobre a frequência da higiene bucal, de como cuidar das próteses dentárias, qual a frequência devem ser substituídas, responsabilidade do médico e com auxílio da odontóloga.

2.3.2 Indicadores

Indicador referente a meta 1:

1.1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicadores referentes à meta 2:

2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.7. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.10. Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.11. Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos com primeira consulta odontológica programada.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.12. Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Numerador: Número de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.13. Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Numerador: Número de idosos com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicadores referentes a meta3:

3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Indicadores referentes a meta 4:

4.1. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizada.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicadores referentes a Meta 5:

5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicadores referentes a Meta 6:

6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene. Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde bucal.

2.3.3 Logística

O projeto de intervenção no Programa de Saúde do Idoso está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas. Adotaremos o Caderno do MS 2013, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e o Caderno da Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento do Ministério da Saúde de 2010 como protocolo para orientar nossas ações.

Como instrumentos de trabalho, além do protocolo citado acima, utilizaremos o modelo de ficha-espelho de saúde do idoso e uma Planilha Eletrônica de Coleta de Dados (PCD), ambos disponibilizados pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. Esses instrumentos facilitarão o monitoramento e a avaliação da intervenção, pois os dados contidos nas fichas espelhos servirão para alimentar a PCD que gerará os indicadores. O médico será o responsável por alimentar a planilha de coleta e processamento de dados a cada sexta-feira, e pela avaliação mensal dos indicadores.

Para realizar a intervenção, organizaremos o projeto em passos que ajudaram o desenvolvimento do mesmo: um que estará caracterizado pelo planejamento e organização, solicitude à gerencia dos recursos materiais necessários, solicitar ajuda ao gestor municipal para que seja enviado a UBS o novo protocolo vigente porque na unidade não contamos com protocolo atualizado, caderneta do idoso (100), prontuários (50) e fichas (200) que serão confeccionados com todos os dados que possibilite a avaliação completa do idoso, como a frequência de indicação de exames complementares, exame dos pés, pulsos, sensibilidade sobre tudo em diabéticos, faltosos a consultas, impressão de todas as fichas espelhos (que será anexada ao prontuário), também a capacitação da equipe, que vai ser mantida durante toda a intervenção, atualização do cadastro dos usuários de 60 anos e mais da comunidade, revisão dos livros de registros, das fichas espelho e dos prontuários e a organização da agenda para disponibilizar as vagas dos idosos. A intervenção vai ter ações desenhadas para atingir as metas e ao final vamos a avaliar a mesma a través do cálculo e interpretação dos indicadores.

2.3.4 Cronograma

[illegible]

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A nossa intervenção foi desenvolvida por três meses e a avaliação que fazemos é que ela trouxe inúmeros benefícios tanto para a comunidade, como para a gestão e os trabalhadores da equipe.

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas integralmente, apesar de algumas dificuldades encontradas ao longo da intervenção, como por exemplo, dias com muita chuva, dias com calor intenso, a realização de visita domiciliar com a utilização de uma canoa e até uma mordida de cachorro que sofreu no trabalho.

No entanto, nossos bons resultados alcançados foram possíveis graças ao envolvimento e comprometimento de toda a equipe, a sensibilização do nosso gestor com o projeto bem como a articulação e integração com algumas pessoas-chaves, da comunidade, que favoreceram o estímulo e a participação popular e o apoio. Também a utilização de rádio local que permitiu divulgar a importância e logros alcançados com nosso projeto.

Um outro aspecto que possibilitou o nosso trabalho foi todo o suporte e material que o curso da UFPEL disponibilizou. Vale a pena destacar a ajuda constante de meus orientadores, Lenice e meu querido Guilherme que semanalmente assessoram e corrigiram nosso trabalho. Sem eles não seria possível atingir as metas e os objetivos propostos.

Apesar disso, todos os atores possuem esse conhecimento e assim que uma equipe de saúde bucal for implantada na nossa área de saúde as ações nessa área se restabelecerá.

Não podemos esquecer que a longevidade é, sem dúvidas um triunfo!!! O envelhecimento faz parte da realidade da maiorias das sociedades. O envelhecimento e um processo humano, irreversível e mundial. O mundo está envelhecendo condicionado pela queda da fecundidade, pela queda da mortalidade e pelo aumento da esperança de vida. Nós temos que garantir uma velhice com maior qualidade de vida.



Figura 3: Visita domiciliar

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto às dificuldades em relação à coleta e sistematização dos dados, preenchimento da planilha de coleta de dados e cálculo dos indicadores, encontrei dificuldades no momento de organizar os dados, mas com o apoio do orientador foi possível compreender melhor e as dúvidas foram solucionadas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações foram incorporadas à rotina do serviço em nossa unidade, graças ao apoio da comunidade, da gestão e dos membros da equipe. A única ação que não foi incorporada está relacionada à saúde bucal, pois temporariamente não contamos com esse serviço na nossa unidade de saúde.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada durante 12 semanas na UBS Lago do Aleixo, localizada na zona leste da cidade de Manaus, abordou o tema relacionado com a melhoria da atenção à saúde das pessoas idosas. Participaram os usuários com 60 anos e mais residentes na área de abrangência da nossa unidade de saúde.

Para realizar a nossa intervenção, utilizamos as estimativas da planilha de coleta de dados (PCD), uma vez que elas retratam melhor a nossa realidade e também nossos registros não eram atualizados e portanto não fidedignos para utilizarmos. Assim, após inserir na PCD o número total de habitantes residentes na nossa área de abrangências (4.872), a estimativa gerada do número de idoso na nossa área de abrangência foi de 294.

Antes de iniciar a intervenção, estabelecemos a meta de cobertura para a atenção à saúde das pessoas idosas em 80%. Essa meta foi considerada, uma vez que a intervenção teria a duração de apenas 3 meses e também a equipe apresentava inúmeras fragilidades quanto ao programa de atenção integral a pessoa idosa bem como em relação a nossa organização do processo de trabalho.

Considerando as estimativas da PCD, os nossos indicadores de cobertura antes da intervenção, para a atenção à saúde da pessoa idosa era de 32 %.

Os objetivos principais desse trabalho foram ampliar e qualificar a cobertura da atenção às pessoas idosas. Para isso, foram realizadas inúmeras ações com a participação da equipe, da comunidade e da gestão.

O número de pessoas com 60 anos ou mais residentes na nossa área de abrangência que participaram da intervenção foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 131, 101 e 20 pessoas idosas cadastradas e avaliadas, totalizando 252 participantes.

O período do natal e do ano novo influenciou negativamente no aumento da cobertura, uma vez que o fluxo de chegada de usuários a nossa unidade básica de saúde é muito baixo. O número de pessoas idosas cadastradas e avaliadas foi superior além das dificuldades aos objetivos e as metas que colocamos.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa saúde da pessoa idosa.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 80%.

Em relação à essa meta, o número total de pessoas idosas cadastradas no primeiro, segundo e terceiro mês, foi, respectivamente, 131 (44,6%), 232 (78,9%) e 252 (85,7%), conforme pode ser observado na figura 4.

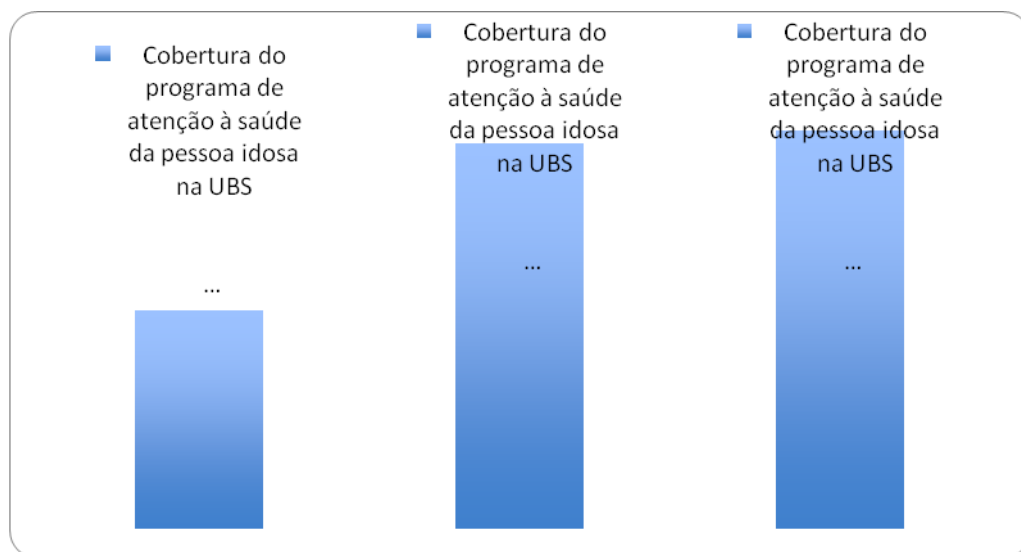


Figura 4: Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPeI, 2016.

Consideramos, sem duvida, que os resultados alcançados ocorreram devido à divulgação de nossa equipe na comunidade, da existência do programa de envelhecimento e saúde da pessoa idosa, do apoio oferecido pelo nosso gestor e os líderes da comunidade e também o interesse de nossa população alvo que reconhece nosso trabalho e as vantagens dele, para fazer um melhor acompanhamento das pessoas idosas e conseguir uma melhor qualidade de vida.

Os aspectos que limitaram o aumento desse indicador foram os muitos dias de feriado que ocasionou o fechamento da unidade de saúde e também o baixo fluxo de usuários na própria unidade e na comunidade, devido as festas de final de ano. Consideramos que com uma equipe de saúde completo com uma maior sensibilização de cada um é possível fazer um maior cadastramento e avaliação em 100% da população maior de 60 anos.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS.

Meta 2.1: Realizar avaliação multidimensional rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS (utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

Essa meta foi atingida nos três meses. O número de pessoas idosas com a avaliação multidimensional rápida em dia foi, 131 (100%), 232 (100%) e 252 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Todas as pessoas idosas cadastradas receberam avaliação multidimensional nas consultas planejadas. Essa avaliação é de muita importância para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional nas pessoas idosas e que possam ser tratados adequadamente.

Alguns deles tiveram que ser avaliados em sua própria casa pois são pessoas acamadas e com problemas de locomoção. Como o maior problema no desenvolvimento de nosso projeto foi que não temos equipe de saúde completa para poder ampliar o número de visitas domiciliares, mais com muita dedicação e responsabilidade por parte de cada um de nossa equipe, conseguimos poder enfrentar as dificuldades.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

Nós conseguimos alcançar essa meta nos três meses. O número de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia foi, 131 (100%), 232 (100%) e 252 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Isso foi possível devido à ajuda de todos os integrantes de nossa equipe e também porque faz parte da rotina de cada consulta fazer exame clínico completo a cada usuário. Temos que lembrar que com um bom interrogatório e um bom exame físico podemos fazer um diagnóstico.

Meta 2.3: Rastrear 100% das pessoas idosas para hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Essa meta foi atingida nos três meses. O número de pessoas idosas rastreadas para HAS foi, 131 (100%), 232 (100%) e 252 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Sabemos que a Hipertensão Arterial é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo e um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica e que é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença arterial coronária. A prevalência da hipertensão se

correlaciona diretamente com idade, sendo mais presente em mulheres e nas pessoas com sobrepeso ou obesidade. Tudo isso todos os usuários que participaram em nosso projeto foi rastreado para esse tipo de doença.

A maior dificuldade encontrada foi que as vezes não contamos com um esfigmomanmetro confiáveis, já que o ideal é o de coluna de mercúrio, mas a nossa unidade não tem.

Meta 2.4: Rastrear 100% das pessoas idosas para diabetes mellitus (DM).

Nós conseguimos alcançar essa meta nos três meses. O número de pessoas idosas rastreadas para DM foi, 131 (100%), 232 (100%) e 252 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

O diabetes mellitus é uma doença comum e de incidência crescente que aumenta com idade, por isso a necessidade de rastrear 100% das pessoas idosas cadastradas em nosso projeto. A Diabetes apresenta alta morbimortalidade com perda importante na qualidade de vida, e uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. Nosso equipe tem como objetivo manter e incrementar o rastreamento dessa doença.

Meta 2.5: Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com DM.

Essa meta foi alcançada nos três meses da intervenção. O número de pessoa idosa com diabetes com exame apropriado dos pés em dia, no primeiro, segundo e terceiro mês, foi, respectivamente, 25 (100%), 36 (100%), 39 (100%).

E de importância exame dos pés em cada consulta porque a doença afeta os vasos sanguíneos e devemos ficar atentos e avaliar estado da pele e a sensibilidade da mesma, assim como a presença dos pulsos tibial posterior e pediosos para fazer diagnóstico oportuno de pé diabético o mal perfurante plantar. Aqui nosso equipe possui essa meta de maneira permanente. As ações estão incorporadas na rotina do serviço.

Meta 2.6: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Nós conseguimos alcançar essa meta nos três meses. O número de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia foi, 131 (100%), 232 (100%) e 252 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

É importante a realização de exames complementares periódicos porque eles nos permitem avaliar integralmente a pessoa idosa e corroborar uma hipótese diagnóstica pensada.

Esta meta foi possível cumprir devido à ajuda oferecida pelas nossas colegas de laboratório de nossa unidade, porque como debilidade enfrentamos falta de reagentes e pouca disponibilidade do sistema para marcar vagas para fazer os mesmos.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% das pessoas idosas.

O número de pessoas idosas com a prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada no primeiro, segundo e terceiro mês, foi, respectivamente, 74 (56,5%), 169 (72,8%) e 189 (75,0%) (figura 5).

Nessa meta não conseguimos alcançar devido à falha de preenchimento da planilha de coleta de dados bem como pelo fato da farmácia apresentar pouca cobertura de medicamentos destinados para essa população alvo.

As doenças e os medicamentos estão presentes no cotidiano das pessoas idosas, por isso as alternativas para gerenciar esta situação são muito importantes, nós como médicos temos que ter em conta a utilização criteriosa e cautelosa dos medicamentos, sua correta utilização, dose, tipo e intervalos e a orientação adequada das pessoas idosas e seus familiares, para a manutenção da qualidade de vida do idoso.

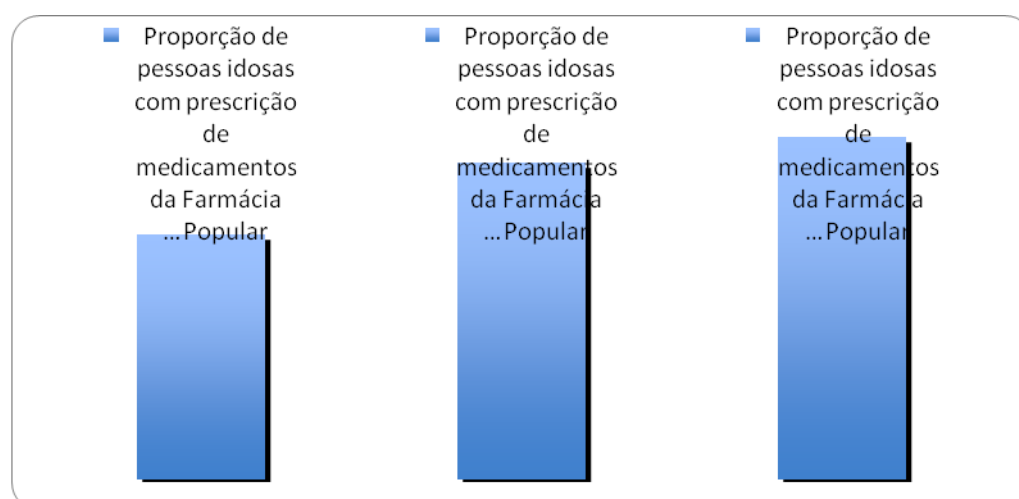


Figura 5: Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel, 2016.

Meta 2.8: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção (estimativa de 8% dos idosos da área).

Essa meta foi atingida nos três meses da intervenção. No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas idosas acamadas com problemas de locomoção que foram cadastradas, foi, respectivamente, 47 (100%), 59 (100%) e 67 (100%).

O número de pessoas idosas acamadas o com problemas de locomoção foi maior a estimativa condicionado porque em nossa área de abrangência temos uma grande parte de população alvo sequelada por hanseníase.

Meta 2.9: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Essa meta foi atingida nos três meses da intervenção. No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas idosas acamadas com problemas de locomoção que receberam visitas domiciliar foi, respectivamente, 47 (100%), 59 (100%) e 67 (100%).

Todas as pessoas cadastradas receberam visitas domiciliar. Encontramos dificuldade para realizar essas visitas a cada um deles porque temos outras ações programáticas que são desenvolvidas na unidade de saúde e também apresentamos uma equipe incompleta. Mas não importa horário, dia, sol ou chuva, todos se disponibilizaram e se esforçaram para cumprir com nosso trabalho.

Considerando a importância e benefício que repercute a visita domiciliar para estes usuários e que insistimos em a necessidade de que se complete o equipe de saúde de nossa unidade porque a população necessita e humanamente possível e muito sobrecarregado este trabalho para os integrantes de equipe, mais depende do pressuposto do município de saúde.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Nós conseguimos alcançar essa meta nos três meses. O número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi, 131 (100%), 232 (100%) e 252 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Conseguimos a identificação dessa necessidade em 100% dos participantes, devido à minha avaliação durante as consultas. Não há dentista na nossa unidade no momento. A profissional de saúde bucal se encontra fazendo doutorado.

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Não conseguimos atingir essa meta, uma vez que não há equipe de saúde bucal, no momento, na nossa unidade de saúde. Uma outra estratégias que adotamos, foi o encaminhamento para outros serviços de referência, mas não havia vagas.

O número de pessoa idosa com a primeira consulta odontológica programática foi 0 (0%), nos três meses.

Meta 2.12: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Essa meta não foi atingida, o número de pessoas com avaliação de alterações de mucosa bucal foi 0 (0%) nos três meses.

As metas relacionadas com a saúde bucal foram aquelas que encontramos maior dificuldade para atingir, pois como não temos odontóloga na nossa unidade e os usuários não foram atendidos. Mesmo realizando encaminhamento para outra unidade, eles não conseguiam agendar porque o sistema não tinha vagas na maioria das situações, e também porque não tem possibilidades econômica para se deslocar para outros lugares distante de área de abrangência com seus acompanhantes.

Consideramos que essas metas relacionadas à saúde bucal ficarão como nossos próximos objetivos para serem incorporados na rotina de trabalho da equipe. Esperamos que a dentista retorne o mais breve possível para atuar na nossa unidade de saúde.

A gestão já tem o conhecimento desses fatos e da relevância do reinício dos atendimentos na área de saúde bucal na nossa unidade de saúde.

Meta 2.13: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Essa meta não foi atingida, devido aos mesmos motivos citados acima em relação à saúde bucal.

O número de pessoa idosa com avaliação da necessidade de prótese dentária no primeiro, segundo e terceiro mês, foi, respectivamente, 15 (11,5%), 36 (15,5%) e 36 (14,3%). É bom destacar que a avaliação de necessidade de prótese dentária foi avaliada por mim

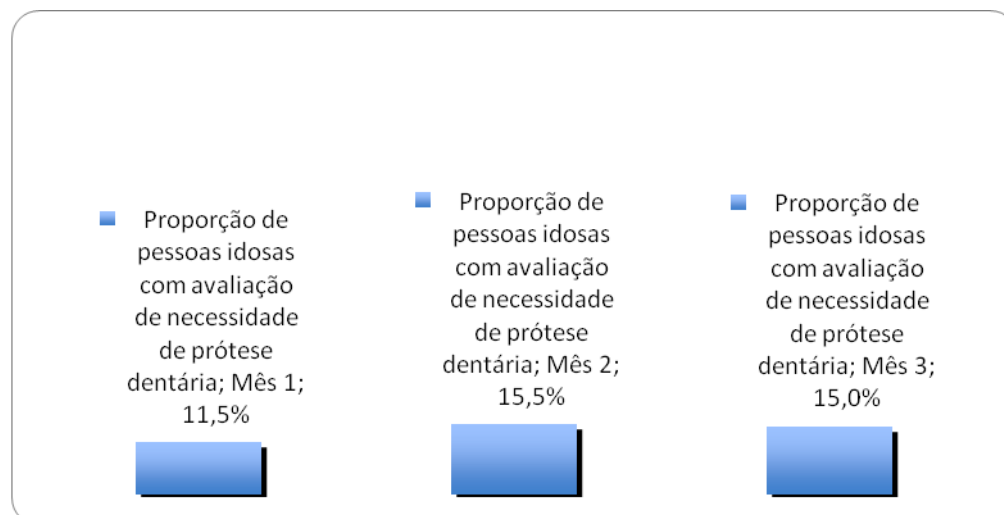


Figura 6: Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao programa de saúde da pessoa idosa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Graças a responsabilidade de nossa pequena equipe os faltosos foram poucos e todos eles foram buscados nos três meses, assim, essa meta também foi alcançada.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscadas pela equipe foi, respectivamente, 4 (100%), 22 (100%) e 22 (100%).

Objetivo 4: Melhorar os registros das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Nós conseguimos alcançar essa meta nos três meses. O número de pessoas idosas com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia foi, 131

(100%), 232 (100%) e 252 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

As ficha espelho é de grande importância porque é uma ficha específica da ação programática separada do prontuário do usuário que foi arquivada para facilitar o monitoramento de informação do usuário. Ela permite identificar quando deve ser o retorno do usuário e nos permite identificar rapidamente os faltosos e agir adequadamente. A equipe reconheceu o potencial que ela possui para (re)organizar o nosso processo de trabalho, e portanto, inseriu na rotina do serviço.

Meta 4.2: Distribuir a caderneta de saúde da pessoa idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Nós só conseguimos atingir essa meta no primeiro mês, pois as cadernetas de saúde da pessoa idosa acabaram no segundo e terceiro mês. Com o apoio da gestão e de alguns membros da equipe, conseguimos obter mais cadernetas durante a intervenção.

O número de pessoas idosas com caderneta de saúde da pessoa idosa no primeiro, segundo e terceiro mês, foi, respectivamente, 131 (100%), 208 (89,7%), 228 (90,5%).

Como já contamos com cadernetas suficientes em nosso serviço as mesmas serão entregadas nas próximas consultas.

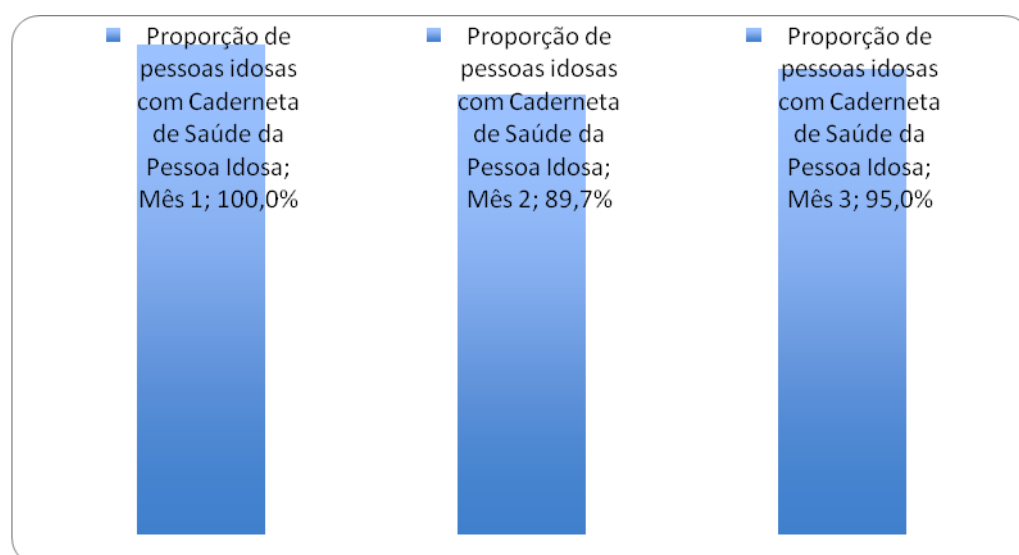


Figura 7: Proporção de pessoas com caderneta de saúde da pessoa idosa.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel, 2016.

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosa para risco de morbimortalidade (incluindo o risco cardiovascular quando necessário).

Nós conseguimos alcançar essa meta nos três meses. O número de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia foi, 131 (100%), 232 (100%) e 252 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Isso foi possível pelos conhecimentos adquiridos por toda nossa equipe de que toda pessoa idosa envolve uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso da vida individual que pode terminar em um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos, declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte. Tudo isso que falamos em nossa palestras para usuários e cuidadores justifica a necessidade de fazer prevenção nesse aspecto. A promoção e prevenção de saúde som chaves na atenção primaria de saúde.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Essa meta também foi atingida nos três meses. O número de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada foi, 131 (100%), 232 (100%) e 252 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

A importância do conhecimento do programa envelhecimento e saúde da pessoa idosa pela nossa equipe nos permitiu pesquisar adequadamente a fragilidade de cada um dos usuários cadastrados, levando em conta sempre as alterações neuromusculares, desequilíbrio do sistema neuroendócrino e a disfunção do sistema imunológico, associados a mecanismos primários relativos a idade e os secundários relativos as doenças

Nós avaliamos durante as visitas domiciliar e nas atividades coletivas, de grupos. Essas ações devem permanecer semanalmente na rotina do serviço.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Nós conseguimos alcançar essa meta nos três meses. O número de pessoas idosas com avaliação da rede social em dia foi, 131 (100%), 232 (100%) e 252 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

As redes sociais podem ser formais e informais. As formais são os serviços de saúde (hospital, instituições de longa permanência etc.), enquanto as informais podem ser: atendimento familiar, amigos, relações de trabalho, inserção na comunidade e diferentes práticas sociais.

A família tem especial relevância por ser o contexto sociais mais próximo ao idoso, portanto, em cada um de nossa visitas domiciliar avaliamos a estrutura e composição familiar de cada idoso.

Entre as dificuldades que encontramos, destaco a nossa equipe incompleta, o que pode prejudicar o alcance de um número maior de visitas domiciliar.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Nós conseguimos alcançar essa meta nos três meses. O número de pessoas idosas que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis foi, 131 (100%), 232 (100%) e 252 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Esses resultados foram possíveis de serem atingidos, pois nós organizamos e implementamos junto com o apoio da comunidade as palestras, favorecendo as orientações individuais, tanto de forma individual como coletiva. Destaco as atividades de grupo e leituras coletivas que já fazem parte da rotina do serviço.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% pessoas idosas.

Nós conseguimos alcançar essa meta nos três meses. O número de pessoas idosas que receberam orientações sobre prática regular de atividade física foi, 131 (100%), 232 (100%) e 252 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

O êxito aqui foi fazer grupos de idosos para desenvolver diferentes atividades físicas. Foi trabalhoso conseguir, portanto, temos que manter e incrementar este tipo de atividade de grande importância para a prevenção de inúmeras doenças e também para manter a pessoa idosa ocupada, menos estressada com mais motivação, lembrando para eles em cada atividade que a inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastrados.

Nós conseguimos alcançar essa meta nos três meses. O número de pessoas idosas que receberam orientação sobre higiene bucal foi, 131 (100%), 232 (100%) e 252 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

As orientações sobre saúde bucal foram oferecidas em espaços públicos, sala de espera da unidade, palestras, conversas individuais por todos os integrantes de nossa equipe. Sem dúvidas, essas ações fortalecerão com a incorporação do serviço de odontologia em nosso projeto já que temos como estratégia a inserção do profissional em breve na unidade.

As metas que não foram atingidas são aquelas na área de saúde bucal. Isso ocorreu, pois necessitávamos de uma avaliação do especialista de odontologia, serviço que não contamos no momento em nossa unidade, e portanto as consequências que dela derivam.

Acho nosso projeto poderia ter ficado com melhores resultados, mas aconteceram muitos obstáculos que não vamos converter em derrotas, mas sim em próximos objetivos. Como temos esperanças que nossa equipe ficará completa para oferecer um melhor acompanhamento da população de nossa área de abrangência.

Nossas ações também dependem de outros aspectos, como as intensas chuvas, alagamentos, estragos das carreteras, não disponibilidade de transporte para deslocamento dos usuários a UBS e problemas na estrutura da própria unidade.

Além disso, o terceiro mês coincidiu com a data de natal e ano novo, momentos em que grande parte dos usuários viagem e/ou possuem outras atividades, e dessa forma, o fluxo na unidade de saúde é menor.

Esses fatos impossibilitaram o adequado acesso dos usuários ao programa à unidade de saúde, demora a busca de faltosos a consultas, a atualização do cadastro, visitas domiciliares e atividades de promoção em saúde para a divulgação do funcionamento do programa e ações que estávamos realizando com a implementação deste projeto.

Por outra parte, devemos reconhecer a significativa situação geográfica existente em nossa área de abrangência, onde grande quantidade deles mora em áreas de difícil acesso como flutuantes na beira de outro lado do rio, dependendo sempre da colaboração da população que tem canoas para poder deslocarmos.

Essas situações ocorridas diminuíram em grande medida o fluxo de usuários, prejudicando assim, os resultados de nossos indicadores de cobertura e o alcance de nossas metas propostas.

É bom comentar também as ações que favoreceram o alcance de nossas metas. Sem dúvidas temos que falar de nossa organização como equipe, de nossas reuniões para que todos aprimoraram o conhecimento da existência de um programa de saúde de atenção para as pessoas idosas, conhecer os objetivos e as atribuições de cada membro do equipe.

A discussão de nosso projeto com nosso gestor de saúde na unidade básica e com os líderes da comunidade e diversas reuniões realizadas na comunidade com a população alvo e demais para explicar a importância de fazer andar juntos nosso projeto e a ideia de que o mesmo se incorpore na rotina de trabalho da equipe como uma ação programática mas para um melhor acompanhamento, avaliação das pessoas idosas e lograr uma melhor qualidade de vida para elas.

Foram muitas atividades realizadas em espaços da comunidade, cozinha coletiva, centro de esporte, escola de nossa área, conversas individuais com as pessoas idosas, com seus cuidadores e familiares, palestras na sala de espera de nosso serviço, etc. De forma geral, esses elementos facilitaram o alcance dos bons resultados.

4.2 Discussão

A intervenção propicio a ampliação da cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa, a melhora dos registros e a qualificação da atenção multidimensional rápida de todos os idosos.

Para a equipe, durante os três meses de trabalho, a intervenção possibilitou qualificar a prática clínica dos profissionais e demandou beneficemente deles encontros de educação permanente, debates críticos e reflexivos para fazermos um adequado atendimento, rastreamento e avaliação da população alvo.

O serviço também se beneficiou da intervenção, pois os registros forma melhor organizados, o processo de trabalho da equipe potencializado, um equilíbrio entre a demanda espontânea e os agendamentos. A classificação de risco das pessoas idosas favorece a identificação de fragilidades da população alvo e tal fato é de muita importância para priorizar o atendimento das mesmas.

Considerando principalmente as ações de engajamento público, foi possível aproximar a comunidade da equipe e consequentemente o fortalecimento do controle social e o protagonismo dos usuários nos momentos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde.

Nós estamos gratos porque apesar de poucos recursos humanos a população conhece a existência e a importância do programa de envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Todas as ações foram bem planejadas para não afetar as outras ações programáticas.

Se eu fosse realizar a intervenção nesse momento, primeiro faria um levantamento casa a casa para trabalhar com dados atualizados não com as estimativas. Eu gostaria de conhecer exatamente o número total da população maior de 60 anos, classificar por faixa etária, sexo, doenças, modo e condições vida, meio familiar, ingressos econômicos etc.

No entanto, isso só seria possível com um equipe de saúde completa, uma análise da situação de saúde atualizada e discutida com a comunidade para poder estabelecer as prioridades e ser discutido com os gestores, e líderes comunitários, assim como a população alvo e general.

A viabilidade de incorporar nossa intervenção a rotina do serviço já foi discutida com nosso gestor, mas só será possível se nossa equipe ficar completa, se conseguirmos mais apoio da comunidade e seus líderes e se com estímulo na área de saúde bucal.

Pretendemos continuar trabalhando com as pessoas idosas já cadastradas e sem afetar as outras ações programáticas. Além disso, daremos continuidade as visitas domiciliares para conseguir aumentar ainda mais a cobertura de atendimento

em nossa unidade de saúde para as pessoas idosas.



Figura 8: Visita domiciliar 2

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor,

Nossa equipe desenvolveu uma intervenção, por três meses, com o foco na saúde do idoso. Os objetivos foram aumentar a cobertura e qualificar a atenção das pessoas idosas que residem na nossa área de abrangência.

Após esse período, a cobertura da atenção foi ampliada de 35% (102) para 85,7% (252). Já a maioria dos indicadores de qualidade, como por exemplo, aqueles relacionados com a melhoria dos registros, a adesão das pessoas idosas no programa bem como as ações de prevenção à saúde, nós atingimos 100% nos três meses.

Antes de estabelecer e desenvolver nosso projeto em nossa unidade não se fazia um acompanhamento adequado das pessoas idosas, a sistematização desse programa não existia, o atendimento era centrado na consulta médica para repor receitas médicas, apenas, não existia registro na maioria deles e nem um controle e uma visão integral da pessoa idosa.

O projeto permito reverter esta situação. Todas as pessoas cadastradas apresentam hoje sua caderneta de saúde, há uma ficha espelho paralela ao seu prontuário para um melhor acompanhamento e avaliação multidimensional de cada um deles. O acolhimento foi qualificado, realizamos rastreamento de diferentes doenças, avaliação de risco de morbimortalidade, realização de exame laboratoriais, assim como ações de engajamento público, visando fortalecer o controle e a participação popular.

Para isso, a nossa equipe aproveitou as visitas domiciliar, o tempo em sala de espera para oferecer informação da existência do programa e desenvolver atividades, tais como roda de conversa, não apenas na nossa unidade de saúde, mas também nos espaços públicos, como escolas, cozinha comunitárias.

Reconhecemos todo esforço realizado por você, gestor. Todo o seu interesse e apoio foram fundamentais para alcançarmos esses ótimos resultados. Agradecemos a disponibilização de materiais e insumo e a viabilização de alguns exames. Gostaria de destacar e ficar sempre grata ao nosso gestor pelo apoio espiritual e estímulo no desenvolvimento das ações. Você, gestor, foi um grande parceiro e colaborador durante todo esse tempo.

As ações foram incorporadas na rotina do serviço. No entanto, para mantermos, sustentarmos esses benefícios e também visando melhorar ainda mais a saúde da população, precisamos do seu apoio, gestor, para que as pessoas idosas continuem recebendo o mesmo atendimento e acompanhamento, mas para isso o principal que temos que fazer e viabilizar a continuidade de nossas ações, fortalecer a divulgação do programa de atenção as pessoas idosas, e lutar por lograr um equipe completo de saúde na unidade como fator mais importante, para as visitas domiciliares e maior controle de a população idosa de nossa area. Assim, continuaremos avançando na melhoria da qualidade de vida a população em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da Atenção Primária.

Obrigada!!!



Figura 9 : UBS e profissionais

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade,

No período entre o meses de novembro de 2015 até janeiro de 2016, nossa equipe desenvolveu um projeto de intervenção com o objetivo de aumentar a cobertura e melhorar o atendimento das pessoas idosas que moram em nossa área de abrangência, com ajuda e colaboração do gestor, dos líderes comunitários e de toda a comunidade.

Esse projeto trouxe vários benefícios para todas as pessoas e para o serviço. Hoje é possível perceber que o nosso trabalho é mais organizado, os profissionais apresentam um melhor conhecimento sobre as doenças e a melhor maneira de se preparar para os atendimentos. Além disso, nossa unidade possui mais atividades coletivas que trabalham as formas de prevenção das doenças na unidade de saúde e também na comunidade. Nós conseguimos atingir um maior número de atendimentos para as pessoas idosas, com uma melhor qualidade de consulta médica e com enfoque integral.

Sem dúvidas, o planejamento das consultas sofreu modificações para poder incorporar esta nova ação programática na rotina do serviço. Foram mudanças necessárias e ficamos grato com todos vocês pela sua aceitação e entendimento, com o desenvolvimento das atividades. Todos vocês conheceram, compreenderem a importância da intervenção para as pessoas idosas e mostraram satisfação e interesse com cada consulta, com cada visita domiciliar.

Nossa equipe já percebe que vocês apresentam um maior conhecimento de suas doenças e como fazer prevenção de outras, o que fazer para levar uma vida mais saudável, cumprindo com uma alimentação saudável e a realização de atividades físicas como estratégias fundamentais para conseguir um envelhecimento com qualidade de vida.

Nossa equipe de saúde fica feliz com todos vocês e com nós também, pois podemos demonstrar e oferecer um melhor acompanhamento médico e influir de maneira positiva em seu modo e estilo de vida, em seu meio familiar. Estamos gratos porque as pessoas faltosas foram muito poucas, sinal de que todos vocês reconheceram a importância da intervenção. Queremos mais uma vez expressar que vocês são e serão sempre o objetivo de nosso dia a dia de esforço e dedicação no trabalho.

O atendimento da saúde das pessoas idosas melhorou e continuaremos melhorando com ajuda de todos vocês. Assim, queremos pedir de todo coração que vocês continuem comprometidos conosco e comparecendo em nossas consultas. Obrigado mesmo a todos!!!

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Sinceramente, no início do curso eu não compreendia os motivos que me obrigavam a fazer este curso, pois eu e meus colegas já somos especialistas em medicina geral integral com enfoque comunitário. Mas hoje, fico grata, pois a especialização me proporcionou aumentar meus conhecimentos bem como refletir acerca daqueles que eu previamente já tinha e como deveria inserir em uma outra realidade e contexto, no caso, no sistema de saúde do Brasil.

Concluir o curso, para mim, é uma grande realização, pois encontrei muitas dificuldades e limitações. Eu não tinha experiência prévia em realizar um curso online e apresento fragilidades com o uso de tecnologias. Apesar disso, estou muito agradecida com o suporte do curso viabilizado. Por meio da ajuda constante, com a preocupação e a qualificação de todos nossos professores e orientadores, principalmente com as rápidas e esclarecedoras respostas, tudo isso me permitiu ganhar experiência, perder o medo, superar obstáculos com o idioma e a ser perseverante, considerando a péssima qualidade da internet.

Hoje posso perceber o quanto o curso é importante para mim e para todos os colegas. Eu me sinto mais preparada para meus atendimentos em Atenção Primária a Saúde, percebo que aprofundei os estudos e ampliei meus

conhecimentos em relação aos diferentes protocolos do Ministério de Saúde do Brasil, acredito que conheço mais sobre o SUS, o funcionamento das UBS, as atribuições dos funcionários, os direitos dos usuários e de muitos temas de muito interesse para todos nós.

Foi muito positivo o intercâmbio nos fórum de saúde coletiva e de clínica, os casos interativos, os teste de qualificação, já que nos permite identificar nossas fragilidades e melhorar nosso conhecimentos. Dessa forma, ficamos melhor, muito melhor preparados para oferecer um ótimo atendimento com a qualidade que o usuário precisa e merece.

Temos que lembrar sempre que um bom médico tem que ser humano e ficar em constante superação. Muito obrigada mesmo por esta grandiosa experiência e oportunidade que recebi do MS e de todos os coordenadores, professores e orientadores do curso da UFPel.

Referências

BRASIL. Caderno de Atenção Básica n-19, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde de 2013.

BRASIL. Caderno da Atenção Básica à saúde da pessoa idosa e envelhecimento do Ministério da Saúde de 2010

BRASIL. ESTATUTO DO IDOSO Série E. Legislação de Saúde 1.^a edição 2.^a reimpressão MINISTÉRIO DA SAÚDE Brasília – DF 200.

BRASIL. Epidemiologia e serviços de Saúde. Prevalência da Diabetes Mellitus em Hipertensos. Scielo.iec.pa.gov.br. Acesso 13 de agosto 2015.

BRASIL. IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Disponível: loja.ibge.gov.br. Acesso 10 de Julho de 2015.

Manaus. (wikipedia.org/wiki/Geografia_de_manaus) Acesso em: 24 Set 2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

[illegible]

Anexo C - Ficha espelho

[illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante